KOMPETENZASPEKTE IN DER OFFENEN ALTENHILFE

Eine Follow - up Studie

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der
Philosophischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich - Wilhelms - Universität
zu Bonn

von

HANNELORE WEISE

aus Berlin

1984

KOMPETENZASPEKTE IN DER OFFENEN ALTENHILFE:

Eine Follow-up Studie

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

Philosophischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Bonn

von

HANNELORE WEISE

aus Berlin

1. Referent: Prof. Dr. Reinhard Schmitz-Scherzer

2. Referent: Prof. Dr. Ursula Lehr

Tag der mündlichen Prüfung: 8. Februar 1984

VORWORT

Für das Zustandekommen der vorliegenden Studie bin ich einer Vielzahl von Personen zu hohem Dank verpflichtet.

Hierbei wende ich mich zunächst an Herrn Prof.Dr. Reinhard SCHMITZ-SCHERZER. Seine ausgeprägte Fähigkeit, den Doktoranden konstruktiv und geduldig zu beraten, ihm aber dennoch einen großen eigenen Spielraum bei der Erarbeitung und inhaltlichen Gestaltung der Studie zu belassen, haben diese maßgeblich beeinflußt.

Auch Frau Prof. Dr. Ursula LEHR, die besonders in den Anfängen der Arbeit hilfreiche Unterstützung bei der Festlegung der Schwerpunkte gewährte, gebührt mein herzlicher Dank.

Finanziell ermöglicht aber wurde die Studie erst durch die KÖRBER STIFTUNG in Hamburg-Bergedorf, die damit die gerontologische Forschung in ihrer Einrichtung Senioren-Centrum "HAUS IM PARK" abermals großzügig förderte.

Dem Begründer dieser Stiftung, Herrn Dr. h.c. Kurt A. KÖRBER, sei mein besonderer Dank dafür gewiß.

Sodann ist allen Betreuten des Außendienstes im "HAUS IM PARK" für ihre zweimalige Bereitschaft zu den sicherlich teilweise auch beschwerlichen Explorationsgesprächen aufrichtiger Dank zu sagen wie auch den vielen Mitarbeitern in diesem Hause, die durch großes Verständnis und praktischen Rat zum Entstehen der Studie beitrugen.

Schließlich richtet sich mein Dank an die Herren Dipl.- rer.pol. Michael ENGSTFELD und Dipl.-Psych. Ernst-Joseph ZIMMERMANN, die die Datenverarbeitung mit großem Einsatz betreuten.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK	11
1.1.	Der Kompetenzbegriff in seiner Grundbedeutung	12
1.1.1.	Die Definitionsvielfalt des Kompetenzbegriffes in der wissenschaftlichen Literatur	13
1.1.2.	Kompetenz als Gegenstand wissenschaftlicher Konzepte und Ansätze	15
1.1.2.1.	Das Konzept von WHITE zur biologischen Kompetenz und die Weiterentwicklung durch andere Autoren	16
1.1.2.2.	Das Konzept von HAVIGHURST zur 'sozialen' Kompetenz	21
1.2.	Entwicklung im höheren Lebensalter und Kompetenz	24
1.2.1.	Konstanz und Variabilität in der menschlichen Entwicklung	24
1.2.2.	Entwicklungsaufgaben und Kompetenz	3o
1.2.2.1.	Das Konzept der Entwicklungsaufgaben - 'normative' vs. 'subjektive' Kompetenz	3o
1.2.2.2.	Das Problem der Entwicklungsaufgaben im höheren Alter	35
1.2.3.	Beziehungen zwischen Kompetenz und erfolgreichem Altern - THOMAE Begriff der 'sozialen Kompetenz' im Alter	4o
1.2.3.1.	Zur Problematik erfolgreichen Alterns	4o
1.2.3.2.	'Soziale Kompetenz' als Grundlage erfolgreichen Alterns	5o
1.3.	ZUR GESUNDHEITLICHEN KOMPETENZ	53
1.3.1.	Die Problematik des Gesundheitsbegriffes	53
1.3.2.	Objektive gesundheitliche Daten	56
1.3.2.1.	Die Bedeutung objektiver gesundheitlicher Daten	56
1.3.2.2.	Das Messen objektiver gesundheitlicher Daten und empirische Ergebnisse	57

		Seite
1.3.3.	Subjektive gesundheitliche Daten	61
1.3.3.1.	Die Bedeutung subjektiver gesundheitlicher Daten	61
1.3.3.2.	Das Messen subjektiver gesundheitlicher Daten und empirische Ergebnisse	62
1.3.4.	Funktionelle gesundheitliche Daten	71
1.3.4.1.	Die Bedeutung funktioneller gesundheitlicher Daten	71
1.3.4.2.	Das Messen allgemeiner funktioneller gesundheitlicher Daten und empirische Ergebnisse	74
1.3.4.3.	Das Messen funktioneller *Alltags-Kompetenz* und empirische Ergebnisse	84
1.3.4.4.	Funktionelle Einschränkungen und eigene Haushaltsführung	91
1.3.5.	Zusammenfassung der gesundheitlichen Daten	97
1.4.	OFFENE ALTENHILFE ALS MITTEL ZUR KOMPETENZHALTUNG UND -FÖRDERUNG	99
1.4.1.	Zur Entwicklung offener Altenhilfe	99
1.4.2.	Die Bedeutung der Gero-Intervention in der offenen Altenhilfe	1o2
1.4.3.	Zielsetzungen zeitgerechter offener Altenhilfe	1o5
1.4.4.	Maßnahmen zeitgerechter offener Altenhilfe	1o7
1.4.5.	Serviceleistungen der offenen Altenhilfe	1o8
1.4.5.1.	Überblick über Serviceleistungen	1o8
1.4.5.2.	Der Bedarf an ambulanten Hilfsdiensten	11o
1.4.5.3.	Zum Bekanntheitsgrad ambulanter Hilfsdienste	117
1.4.6.	Zu Modelleinrichtungen innerhalb der offenen Altenhilfe	118
1.4.7.	Zu Problemen innerhalb der offenen Altenhilfe	12o
1.5.	Der eigene Untersuchungsansatz	123

		Seite
2.	PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER STUDIE	133
2.1.	Zielsetzung und Design der Studie	134
2.2.	Das Senioren-Centrum 'HAUS IM PARK'	136
2.2.1.	Charakteristika des Hamburger Bezirks Bergedorf	136
2.2.2.	Entstehung und Konzeption des Senioren-Centrums 'HAUS IM PARK'	137
2.2.3.	Überblick über die Angebote des Senioren-Centrums	139
2.2.4.	Der ambulante Haus- und Pflegedienst (Außendienst)	142
2.2.4.1.	Aufbau und Funktion des Außendienstes	142
2.2.4.2.	Die Mitarbeiterinnen des Außendienstes (Betreuerinnen)	144
2.2.5.	Weitere Angebote des Senioren-Centrums	145
2.3.	Die Exploration als Methode der Datengewinnung: Aufbau und Inhalt	149
2.4.	Durchführung der Studie	151
2.4.1.	Die Interviewerinnen	151
2.4.2.	Die Werbung der Probanden	152
2.4.3.	Die Durchführung der Explorationen	153
2.4.4.	Beurteilungen der Befragten durch ihre Betreuerinnen	154
3.	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	155
3.1.	Geschlecht	156
3.2.	Alter	156
3.3.	Konfession	157
3.4.	Sozio-ökonomische Daten	158
3.4.1.	Schulbildung	158

		Seite
3.4.2.	Hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit und Pensionierung	159
3.4.3.	Einkommensverhältnisse	16o
3.4.4.	Schichtzugehörigkeit	162
3.5.	Familie	163
3.5.1.	Familienstand	163
3.5.2.	Zahl lebender Verwandter	164
3.6.	Wohnverhältnisse	165
3.6.1.	Art der Wohnung	165
3.6.2.	Art der Mitbewohner	166
3.6.3.	Größe und Ausstattung der Wohnung	167
3.6.4.	Miete	167
4.	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	169
4.1.	Statistische Methoden	17o
4.2.	Sozialkontakte	174
4.2.1.	Subjektiv erlebte Kontakthäufigkeit und ihre Korrelate	174
4.2.2.	Probleme mit den Sozialkontakten und ihre Korrelate	179
4.2.3.	Veränderungen im Bereich der Sozialkontakte	186
4.3.	Freizeitinteressen und -aktivitäten	186
4.3.1.	Beschreibung der Freizeitgestaltung	186
4.3.2.	Korrelate der Freizeitinteressen und -aktivitäten	192
4.3.3.	Veränderungen im Freizeitbereich	2oo
4.4.	'HAUS IM PARK' und Außendienst	2o7
4.4.1.	Aussagen zum Außendienst und ihre Korrelate	2o7

		Seite
4.4.2.	Aussagen zu den übrigen Angeboten des 'HAUS IM PARK' und ihre Korrelate	214
4.4.3.	Veränderungen hinsichtlich des 'HAUS IM PARK'	217
4.5.	Die Persönlichkeit der Probanden aus der Sicht ihrer Betreuerinnen (Persönlichkeitsprofil)	218
4.5.1.	Ergebnisse des Persönlichkeitsprofils	219
4.5.2.	Korrelate des Persönlichkeitsprofils	223
4.5.3.	Veränderungen des Persönlichkeitsprofils	23o
4.6.	Aspekte der Kompetenz	233
4.6.1.	Die *Alltags-Kompetenz*	233
4.6.1.1.	Zur Messung der Alltags-Kompetenz	233
4.6.1.2.	Das Ausmaß von Alltags-Kompetenz bei Selbst- und Fremdeinschätzung	235
4.6.1.3.	Korrelate der Alltags-Kompetenz	248
4.6.1.4.	Veränderungen der Alltags-Kompetenz	262
4.6.2.	Allgemeine gesundheitliche Aspekte der Kompetenz	268
4.6.2.1.	Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand	268
4.6.2.2.	Korrelate allgemeiner gesundheitlicher Aspekte der Kompetenz	279
4.6.2.2.1.	Korrelate des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens	279
4.6.2.2.2.	Korrelate der übrigen Angaben zum Gesundheitszustand	297
4.6.2.3.	Veränderungen hinsichtlich der allgemeinen gesundheitlichen Aspekte der Kompetenz	3o5

		Seite
5.	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE	313
5.1.	Die objektive Lebenssituation der Probanden	315
5.2.	Die objektive Lebenssituation im Spiegel des subjektiven Erlebens der Probanden und deren Beurteilung durch die Umwelt (Interviewerinnen/Betreuerinnen)	324
5.2.1.	Zum Erleben des gesundheitlichen Wohlbefindens	325
5.2.2.	Zum Erleben der Alltags-Kompetenz	331
5.3.	Weitere Merkmale in ihrer Beziehung zum gesundheitlichen Wohlbefinden und zur Alltags-Kompetenz	338
5.4.	Konstanz und Veränderung im zeitlichen Ablauf als Ausdruck von Entwicklungsmöglichkeiten im höheren Alter	347
5.5.	Verknüpfung und Gewichtung relevanter Einflußfaktoren auf das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden und die Alltags-Kompetenz	352
5.6.	Die gefundenen Ergebnisse im Lichte erfolgreicher Intervention im 'HAUS IM PARK'	354
5.7.	Schlußbemerkungen	358
	Literaturverzeichnis	361
	Anhang	379

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK

Das gewählte Thema weist zunächst folgende Fragen auf:

Was ist Kompetenz ?

Was wissen wir bisher über die Kompetenz älterer Menschen ?

Worin kann sie sich zeigen ?

Wie kann diese Kompetenz und ihre Veränderung gemessen werden ?

Welche Kompetenzaspekte sind für den älteren Menschen besonders wichtig ?

Wodurch kann Kompetenz gefährdet werden und mit welchen Auswirkungen ?

Durch welche Maßnahmen kann Kompetenz erhalten oder gestützt werden ?

Zur Erarbeitung des eigenen Untersuchungsansatzes bietet sich die Behandlung folgender Gesichtspunkte an:

- Kompetenz in ihrer Definitionsvielfalt
- Kompetenz als Gegenstand wissenschaftlicher Konzepte und Ansätze
- Kompetenz und ihre Entwicklung im höheren Alter
- Kompetenz im höheren Alter aus gesundheitlicher Sicht
- Kompetenz im Alltag
- Kompetenzförderung in der offenen Altenhilfe

1.1. DER KOMPETENZBEGRIFF IN SEINER GRUNDBEDEUTUNG

In der deutschsprachigen Grundbedeutung wird *Kompetenz* wie folgt definiert (F.A. BROCKHAUS, 197o):

> Kompetent (lat.) zuständig, befugt
> Kompetenz (lat.) die, Zuständigkeit

Der Brockhaus bietet noch einige weitere biologische, kirchenrechtliche und staatsrechtliche Kompetenzaspekte an, die hier nicht interessieren können. Etwas ausführlicher befaßt sich TEXTOR, 1968, mit der Kompetenzdefinition. Von dem Begriff 'Zuständigkeit' ausgehend, ist Kompetenz gleichzusetzen mit Sachverständigkeit, Fachkenntnis, Maßgeblichkeit, sogar mit Prestige und Renommee.

Etwa deckungsgleich liest sich die entsprechende Begriffsbestimmung für den englisch/amerikanischen Sprachraum (THE RANDOM HOUSE COLLEGE DICTIONARY 1975):

competent
1. having suitable or sufficient skill, knowledge, experience, etc., for some purpose, properly qualified,
2. adequate but not exceptional

competence:
1. the quality of being competent, adequacy.
2. sufficiency; a sufficient quantity

Hiermit ist zunächst der allgemeine Begriff geklärt, der jedoch in der wissenschaftlichen Literatur in recht differenzierter Weise Verwendung findet.

1.1.1. DIE DEFINITIONSVIELFALT DES KOMPETENZBEGRIFFES IN DER WISSENSCHAFTLICHEN LITERATUR

Der Kompetenzbegriff ist in der wissenschaftlichen Literatur etwa seit Beginn der fünfziger Jahre zunehmend häufiger anzutreffen. Allerdings gestaltet sich der Umgang mit diesem Begriff recht kompliziert, da eine einheitliche Deutung nicht festzustellen und wohl auch nicht möglich ist. Wird davon ausgegangen, daß sich Kompetenz insgesamt auf spezifische Ausprägungen menschlichen Erlebens und Verhaltens bezieht, so ist leichter verständlich, daß es bisher auch nur wenigen Autoren gelungen ist, ihre Überlegungen - sowohl innerhalb als auch außerhalb des gerontologischen Feldes - in einen klaren theoretischen Rahmen zu stellen bzw. ihre Konzepte durch zusammenhängende empirische Untersuchungen zu untermauern.

Die Gründe für die auftretende Problematik können einmal darin gesehen werden, daß sich Kompetenz nicht auf einem eindimensionalen Kontinuum anordnen läßt, sondern auf ganz verschiedenen Ebenen stattfindet.

Hieraus ergibt sich die Möglichkeit der Definierung, Operationalisierung und Behandlung einer Fülle unterschiedlicher Kompetenzaspekte und -dimensionen.

Sie sind gerichtet auf physische Bereiche ganz allgemein (vgl.1.3.) und dabei u.a. auch auf die sensorische oder motorische Kompetenz, beziehen sich auf geistige Fähigkeiten (intellektuelle oder kognitive Kompetenz) oder werden unter rollenspezifischen Gesichtspunkten gesehen als 'soziale' Kompetenz (vgl. 1.1.2.2.) hinsichtlich der allgemeinen Fähigkeit zur Ausübung von Rollen. Hierunter fallen dann auch differenziertere Definitionen, wie z.B. "adult competence", wobei CLARK (1963) den Aspekt beruflicher Leistungsfähigkeit betont, Verhaltenskompetenz (vgl. 1.3.4.4.) oder Umweltkompetenz (vgl. 1.3.4.4.). Weiter wird von Kompetenz auch im Hinblick auf die Fähigkeit zur Ausführung spezifischer Alltags-

verrichtungen ('Alltagskompetenz') (vgl. 1.3.4.3.) gesprochen, die allerdings mit ihrer Betonung physischer Mobilität wiederum einen stark gesundheitsbetonten Charakter tragen kann.

Diese Auflistung ließe sich beliebig fortsetzen.

Es darf bei der Beschäftigung mit diesem Begriff nicht außer acht gelassen werden und scheint aus dem Vorhergesagten auch einsichtig, daß sich Kompetenzen zweifelsohne über den gesamten Lebenslauf hinweg in vielfältiger Form entwickeln, sich jedoch entsprechend den vorrangigen Lebensanforderungen in einzelnen Lebensphasen sowohl das soziale als auch das individuelle Kompetenzverständnis und damit die Bedeutung und Bewertung einzelner Kompetenzdimensionen verändern können.

Ebenfalls ist zu bedenken, daß Kompetenzbereiche oft nicht unabhängig voneinander zu sehen sind, sondern jeweils biologisch und/oder sozial, also umweltbedingt, aufeinander aufbauen, damit also nicht sauber abgrenzbar sind und in Wechselwirkung stehen können.

LAWTON (1977, S. 297) bemerkt hierzu: "Competences are many and are not always distinguishable from the outcome variable adaptive behavior" (vgl. 1.3.4.4.).

Schließlich scheint das Problem auch darin zu liegen, daß der Begriff zum einen die Gefahr birgt, ihn entweder zu weit zu fassen und einer wie auch immer gearteten und definierten Kompetenz sämtliche menschlichen Verhaltens- und Erlebensweisen, also Verhalten schlechthin, zuzuordnen.

Die zweite Gefahr kann darin gesehen werden, den Begriff so einzugrenzen, etwa auf eine sehr kleine spezifische Bevölkerungsgruppe, wie z.B. psychiatrische Patienten, daß jegliche Vergleichs- und Übertragbarkeit auf eine größere Gruppe oder andere Lebenssituationen damit von vornherein unterbunden und ein übergreifendes Konzept nicht möglich wäre.

Kurzum, man bewegt sich auf schwierigem Terrain. Sieht man einmal von den Autoren ab, die den Begriff der Kompetenz ohne weitere Definierung verwenden und dem Leser die Entscheidung darüber völlig überlassen, worin er die Kompetenz zu sehen hat, so muß man sich zunächst bei dem Versuch, die Fülle der unter dem Begriff KOMPETENZ zusammenlaufenden Vorstellungen begrifflich zu ordnen und unter einen Generalnenner zu stellen, mit folgendem Facit begnügen: Es ist zumindest e i n einheitlicher Grundgedanke festzustellen insofern, als die einzelnen Kompetenzen jeweils im Sinne eines Aspektes der biologisch sich entwickelnden oder sozial erworbenen Fähigkeit zur aktiven Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Lebens (also zur Anpassung an die Umwelt) mit dem Ziel, diese erfolgreich zu bewältigen bzw. zu gestalten, angesehen werden können.

In diesem Sinne ist Kompetenz immer an einen Leistungsbegriff gebunden, wobei sie jedoch nicht nur Leistungsfähigkeit schlechthin verkörpert z.B. in der Fähigkeit, eine Leistung zu erlernen, sondern eher das Innehaben, das Beherrschen von etwas Fertigem, einer erlernten oder biologisch verfügbaren "Fertigkeit", die eine Leistung im Sinne einer wie auch immer gearteten seelisch/geistigen, sozialen oder körperlichen Aktivität nach sich zieht und an konkretem Verhalten überprüft werden kann.

1.1.2. KOMPETENZ ALS GEGENSTAND WISSENSCHAFTLICHER KONZEPTE UND ANSÄTZE

Es erscheint sinnvoll, sich dem gerontologischen Thema der vorliegenden Studie zunächst über die Darstellung einiger deskriptiver oder empirischer Konzepte zu nähern, die Aspekte menschlicher Kompetenz von unterschiedlichen Lebensphasen her beleuchten bzw. untersuchen, um damit, wie auch auf der Grundlage der vorausgegangenen Ausführungen, das Verständnis für die Bedeutung spe-

zifischer Kompetenzaspekte älterer Menschen zu erweitern. Da diese sich in sehr differenzierter Weise zwischen dem biologischen und dem sozialen Bereich bewegen dürften, sollen hier zwei Ansätze näher behandelt werden, denen die genannten beiden Pole als Basis dienen.

1.1.2.1. Das Konzept von WHITE zur biologischen Kompetenz und die Weiterentwicklung durch andere Autoren

WHITE (1959) war einer der ersten, der den Kompetenzgedanken in die wissenschaftliche Literatur einführte. Er soll aber auch deshalb hier an den Anfang treten, da sein Konzept auf den Verhaltensweisen des Kleinkindes aufbaut, und damit Kompetenz zu Beginn des Lebens beleuchtet. In seinem heute bereits als Klassiker bezeichneten Ansatz beschäftigt er sich dabei weniger mit dem Vorhandensein als mit Fragen der Entstehung von Kompetenz. WHITE ging es dabei um ein alternatives Konzept zu den herkömmlichen Triebtheorien.

Entsprechend seiner Aussage (S. 297)

> ..."as used here, competence will refer to an organism's capacity to interact effectively with its environment"

versteht er Kompetenz als das Ergebnis einer sich von primären Trieben unterscheidenden intrinsischen Kraft, die sich in exploratorischem Verhalten und allgemeiner Aktivität gegenüber der Umwelt äußere mit dem Zufriedenheit auslösenden Ziel, diese zu meistern oder etwas in ihr zu bewirken bzw. zu verändern (vgl. 1.3.4.4.).

WHITE verdeutlicht sein Kompetenzverständnis an anderer Stelle (S. 317) noch, wenn er, unter Rückgriff auf WEBSTER, feststellt:

> "Competence means fitness or ability, and the suggested synonyms include capability, capacity, efficiency, proficiency, and skill."

Als Ursache für dieses dem Menschen innewohnendes Kompetenzbestreben entwickelt WHITE ein motivationales Konstrukt, von ihm als "effectance urge" bezeichnet, das

> "represents, what the neuromuscular system wants to do when it is otherwise unoccupied or is gently stimulated by the environment. Obviously there are no consumatory acts; satisfaction would appear to lie in the arousal and maintaining of activity rather than in its slow decline toward bored passivity." (S. 321)

Hier sei an das Experiment von HERON (1957) zu den Auswirkungen sensorischer Deprivation erinnert, das die WHITE'schen Überlegungen mit gestützt haben dürfte. Bekanntlich zeigten sich bei freiwilligen Versuchspersonen, die, in Einzelunterbringung und von der Umwelt völlig isoliert, Augen, Gehör und Hände nicht benutzen durften, nach einigen Tagen Halluzinationen, Denkstörungen und veränderte EEG-Ströme, so daß die Untersuchung abgebrochen werden mußte. HERON macht darauf aufmerksam, daß die normale Hirnfunktion von beständig einkommenden sensorischen Impulsen auf das retikuläre System abhängt. Sind diese Impulse zu gering, beginnt der Cortex,irregulär zu funktionieren.

Die besondere Bedeutung einer stimulierenden Umwelt für die Intelligenzentwicklung des Kleinkindes haben die Untersuchungen von YARROW (1961), CASLER (1968) und O'CONNOR (1968) aufgezeigt, auf die LEHR (1979, S. 75) unter Betonung darauf hinweist, daß eine sensorische Deprivation schlimmere Folgen haben kann als eine soziale (vgl. 1.3.4.1.).

Als das Ergebnis der mit dieser Stimulierung verbundenen Aktivität stellt sich ein Gefühl von efficacy ein, das WHITE wie folgt erklärt:

> "Dealing with the environment means carrying on a continuing transaction which gradually changes one's relation to the environment. Because there

> is no consummatory climax, satisfaction has to be seen as lying in a considerable series of transactions, in a trend of behavior rather than a goal is achieved. It is difficult to make the word "satisfaction" have this connotation, and we shall do well to replace it by "feeling of efficacy" when attempting to indicate the subjective and affective side of effectance."(S.322)

Dieses "feeling of efficacy" sollte auch im Sinne eines sich entwickelnden positiven Selbstbildes gesehen werden, wie WHITE in einer weiteren Arbeit (1963) bemerkt.

Wenn WHITE im Verlaufe seiner ausführlichen Betrachtungen zu der Feststellung gelangt, daß

> "man as a species has developed a tremendous power of bringing the environment into his service, and each individual member of the species must attain what is really quite an impressive level of competence if he is to take part in the life around him" (S. 324),

wird nochmals deutlich, daß WHITE in seinem Kompetenzverständnis die eigenschöpferischen, kreativen Fähigkeiten in den Vordergrund stellt, die dem Menschen in seinem Wunsch nach Autonomie, also Kontrolle der Umwelt, und Selbstverwirklichung naturgegeben innewohnen und Kompetenz als das Ergebnis eines starken motivationalen Impulses erkennen lassen.

Zusammengefaßt wird von WHITE also auch in ihrer Entstehung Kompetenz als Wunsch bzw. Fähigkeit zu einer Leistung im Sinne einer wie auch immer gearteten Aktivität und damit zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt gesehen, wenngleich Kompetenz hier von einem biologischen Ansatz her behandelt wird.

Obgleich sich implizit Kompetenzaspekte bereits durch die theoretischen Überlegungen von PIAGET (1952) und ERIKSON (195o) ziehen, gehört gerade WHITE in besonderem Maße mit seinem sehr global und breit angelegten Ansatz, der zu den unterschiedlichsten Interpretationen seiner Überlegungen auffordert, ohne Zweifel in die Reihe der Autoren, die befruchtend auf die weitere Entwicklung motivations- und persönlichkeitstheoretischer Modelle (vgl. auch WHITE 1963, 1964) gewirkt haben.

Während in diesem Konzept der Begriff des kumulativen Lernens, das ja als Folge fortgesetzter "effectance urge" stattfindet, umfassend berücksichtigt wird, bleibt bei WHITE indes die Frage offen, in welcher Stärke der Wunsch nach Kompetenz in seinem Sinne jedem Individuum von Geburt an innewohnt und welche Rolle für ein erreichbares Ausmaß, Überdauerung und Zielrichtung neben persönlichkeitsspezifischen (also intrinsischen) sozialisationsbedingte (also extrinsische) und damit auch normative Faktoren spielen, die die jeweiligen Lebensbedingungen und die akute körperliche und seelische Befindlichkeit mit einschließen. Dennoch läßt sich in den vielen nachfolgenden auf Kompetenz abzielenden motivationalen Ansätzen das Bemühen erkennen, WHITE's "effectance motivation" als eine Art übergeordneter Kompetenz-Motivation zu betrachten. KUHLEN (1964) spricht in diesem Zusammenhang von "need of continuing growth and expansion", DECI (1975) von "need of competence and self-determination".

TRUDEWIND (1976) sodann bezeichnet "effectance motivation" als Vorläufer der Leistungsmotivation, wobei allerdings in den auf diesen Aspekt abzielenden Konzepten die extrinsischen Komponenten betont werden, die WHITE vernachlässigte. Hier sei an MCCLELLAND et al. (1953) mit dem Stichwort schichtspezifisch unterschiedlicher elterlicher Leistungsanforderungen erinnert, (vgl. auch SHAFFER, 1979, S. 265, "middle-and upper-class children are expected to "get ahead", while lower- and working-class children are exprected to "get by" ")die einen hohen Einfluß auf Art und Umfang von Kompetenzentwicklung und ihre Bewertung haben dürften (vgl. 1.2.1.).

In neuerer Zeit hat sich insbesondere HARTER (1978) mit ihrem Ansatz zur Effectance Motivation (Competence Motivation) bemüht, das WHITEsche Gedankengut differenzierter in einem geschlossenen System darzustellen.

HARTER führt drei Fähigkeitsdimensionen auf, in denen (kindliche) Kompetenz gezeigt werden kann:

Den Bereich a.) kognitiver Kompetenz,
b.) sozialer oder interpersoneller Kompetenz,
c.) physischer Kompetenz.

Für HARTER, die sich dabei auf eine weitere Arbeit von WHITE (1963) abstützt, in der er der allgemeinen Meinung Ausdruck verleiht, daß die Wurzeln der Selbstachtung in den frühen Kompetenzerfahrungen des sich entwickelnden Kindes liegen, sind empfundene Kompetenz und Selbstachtung identisch (vgl. 1.2.2.1.). Sie führt im weiteren dabei aus, daß ein Kind sich im Verlaufe seines Bemühens um Kompetenz in den oben dargestellten drei Bereichen je nach Art der Relation zwischen Erfolg und Mißerfolg entsprechend erfahrener positiver oder negativer Reaktionen seiner Umwelt zu einer vornehmlich intrinsisch oder extrinsisch motivierten Person entwickelt. Bei überwiegend positivem feedback seiner Umwelt baut das Kind ein hohes Ausmaß empfundener Kompetenz und Selbstbestimmtheit auf, die zu weitgehend intrinsisch motiviertem Verhalten führen. Weitgehend extrinsisch bestimmtes Verhalten dagegen ist die Folge häufiger negativer Reaktionen der Umwelt und damit empfundener Inkompetenz.

HARTER zeigt weiterhin die Möglichkeit der Zusammenstellung von Profilen über die vom Individuum wahrgenommene Kompetenz in den verschiedenen Bereichen auf, wobei die Kompetenzausprägung in den einzelnen Dimensionen durchaus unterschiedlich ausfallen kann und abhängig scheint von der Bedeutung, die das Kind selbst einem Erfolg in diesen Bereichen zumißt sowie von den Werten der relevanten Peer- und auch Erwachsenenkultur, in der das Kind

"funktionieren" muß. Diese Gedanken haben andere Autoren auch im Hinblick auf Kompetenzaspekte im höheren Alter vertreten (vgl. 1.2.2.1.).

Obgleich HARTER in dieser Ausführlichkeit erst relativ spät zu diesem Thema Stellung bezog, sollte sie dennoch hier zu Worte kommen, da die Bedeutung der von ihr aufgeführten Determinanten sowie die von ihr vorgeschlagenen Kompetenzdimensionen im Zusammenhang mit den in dieser Studie diskutierten Kompetenzaspekte im höheren Alter erneut aufleuchten.

Damit sei die Darstellung von Ansätzen frühkindlicher Kompetenzentwicklung abgeschlossen und anschließend ein Beispiel für die Behandlung und Einschätzung von Kompetenz im Erwachsenenalter, hier aus rollentheoretischer Sicht bezogen auf den Bereich 'sozialer' Kompetenz, gegeben.

1.1.2.2. Das Konzept von HAVIGHURST zur 'sozialen' Kompetenz

Als weiteres Beispiel für die Auseinandersetzung mit Fragen menschlicher Kompetenz wird HAVIGHURST (1957) herangezogen, der in seiner Monographie über Menschen mittleren Alters rollenspezifische Aspekte der Kompetenz in den Vordergrund rückt. Hierbei definiert er Kompetenz

> "as performance of a common social rôle at a high level .... and general competence as high level in all these social rôles" (S. 301).

In seiner erweiterten Definition wird 'soziale' Kompetenz von ihm (S.339) verstanden als

> "success in carrying on the ordinary activities of life, measured against the standards and values of the society."

(wobei deren Erlangung oder Aufrechterhaltung als eine typische Entwicklungsaufgabe anzusehen ist, die Verf.)

Diese Aktivitäten werden von ihm in 9 soziale Rollen des Erwachsenendaseins (parent, spouse, homemaker, worker, friend, citizen, user of leisure time, church member, and club and association member) eingeordnet, die, wie er ausführt, durch die Erwartungen der Gesellschaft definiert und damit, einer allgemeinen gesellschaftlichen Norm entsprechend, mehr oder weniger sorgfältig durch die in der Gesellschaft lebenden Individuen internalisiert werden.

HAVIGHURST begnügt sich nicht nur mit theoretischen Überlegungen, sondern gibt diesen insofern einen empirischen Rahmen, als er - unter Rückgriff auf 234 Versuchspersonen der 1955 begonnenen KANSAS CITY STUDIE (CUMMING & HENRY, 1961) (vgl. 1.2.3.1.) mit einer Altersspanne zwischen 4o und 7o Jahren sich mit der Frage des Messens von Kompetenz (vgl. 4.6.1.1.) in seinem Sinne beschäftigt, indem er eine quantitative Erfassung vom Umfang vorhandener Kompetenz durch die Entwicklung selbst einzuschätzender Rating-Skalen zur Art der Rollenausübung unternimmt, die er differenziert in "good, average and poor"(S. 339).

Bei HAVIGHURST hängt die Kompetenz des Individuums in diesen sozialen Rollen ab von (S. 339)

> "(a) his skill in these rôles
> (b) his motivation to perform well in these rôles
> (c) his knowledge of the behavior which is expected."

Die Bewertung einer Person erfolgt dabei nach dem Ausmaß, in dem (S. 34o)

> "he met the (general societal) norm
> the amount of energy he put into the rôle
> and the presence or absence of a virtuoso-like quality."

HAVIGHURST gelangt in seinem Querschnitt zu dem Ergebnis, daß 'soziale' Kompetenz in diesem Sinne in der Altersspanne zwischen 4o und 7o Jahren sich auf einem sogenannten Plateau besonders in den Fällen hielt, in denen die Rollen in einem hohen Ausmaß erfüllt wurden, und stellt auch in dieser Untersuchung zumindest eine interindividuelle Konstanz von Verhaltensaspekten über einen recht langen Lebenszeitraum fest (vgl. 1.2.3.1.).

Bei abfallenden Werten vermutet HAVIGHURST schlechte Gesundheit, Verwitwung, Verlust von Freunden und Familienangehörigen, Gründe, die in stärker differenzierenden Längsschnittuntersuchungen später weitgehend bestätigt werden konnten (vgl.1.2.1.).

Weiter deutet er eine enge Beziehung zwischen persönlicher Anpassung und Rollenausübung an, wobei eine höhere Rollenausübung mit einer höheren durchschnittlichen Anpassung einhergehe (vgl. 1.2.3.1.).

1.2. ENTWICKLUNG IM HÖHEREN LEBENSALTER UND KOMPETENZ

Als Follow-up Studie versucht die vorliegende Untersuchung u.a., Aussagen über die Entwicklung von Kompetenzaspekten älterer Menschen zu machen. Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik wird durch die in 1.1.1. dargestellte Komplexität des Kompetenz-Begriffes und seine heterogene Verwendung erschwert, bleibt aber dennoch von großer Bedeutung. Es stellen sich hier mehrere Fragen, wie z.B. nach Zusammenhängen zwischen dem Entwicklungs- und dem Kompetenzbegriff, nach der Veränderlichkeit von Kompetenz oder nach der Bedeutung von Kompetenz für eine günstige Entwicklung im höheren Alter. Bevor jedoch näher hierauf eingegangen wird, soll zuvor das allgemeine Problem von Variabilität und Konstanz in der menschlichen Entwicklung kurz erörtert werden.

1.2.1. KONSTANZ UND VARIABILITÄT IN DER MENSCHLICHEN ENTWICKLUNG

Entwicklung wurde über einen langen Zeitraum hinweg an die Vorstellung von Veränderung gekoppelt, so daß sich die Forschung vorrangig der Kindheit und Jugend als dem Zeitalter der "Entfaltung" widmete, im Erwachsenendasein dagegen einen Abschnitt stabilisierter und konsolidierter physischer und über diesen Weg auch psychischer Entwicklung, also intraindividueller Invariabilität, vermutete und erst das höhere Alter wiederum, jedoch im Sinne einer Involution, als starken Veränderungen unterworfen einschätzte.

Entwicklung, und zwar im Sinne von Veränderung, erschien demgemäß vordergründig als die Folge biologischer Gesetzmäßigkeiten (vgl. zur zusammenfassenden Darstellung der Problematik des Entwicklungsbegriffes u.a. LEHR und WEINERT, 1975, LEHR, 1978, OERTER, 1978, THOMAE, 1978, LEHR, 1979, S. 37).

Neben Veränderungen zeigte sich jedoch entgegen diesen Erwartungen bereits in Kindheit und Jugend ein hohes Maß intraindividueller Konstanz sowohl im kognitiven als auch im persönlichkeitsspezifischen Bereich, deren Ermittlung allerdings auch von den Bewertungssystemen abhing wie von der Berücksichtigung begabungs- und schichtspezifischer Aspekte (THOMAE, 1978, S. 24). THOMAE führt an dieser Stelle eine Fülle von Beispielen an. Hier sei lediglich erwähnt, daß COERPER, HAGEN und THOMAE (1954) eine hohe Konstanz einer niedrigen Ausprägung leistungsorientierter Aktivität bei Kindern der unteren sozialen Schicht feststellten. Weiter konnte eine hohe Konstanz des Selbstbildes im Kindheits- und Jugendalter (KATZ und ZIEGLER, 1967 ; MULLENER und LAIRD, 1971) ermittelt werden wie auch das Auftreten hoher Kontinuität von "drive" (MCKEE und TURNER, 1961).

Nachdem in den in Zuge fortschreitender gerontologischer Forschung in den letzten 25 Jahren an älteren Menschen vorgenommenen großen Längsschnittuntersuchungen (hierzu gehören die DUKE-STUDIE (PALMORE 197o, 1974), die BETHESDA-STUDIE (BIRREN et al., 1963) und die BONNER GERONTOLOGISCHE LÄNGSSCHNITTSTUDIE BLSA (THOMAE, 1976)) neben interindividuell auftretenden Veränderungen übereinstimmend ähnliche Feststellungen z.B. im Sinne einer relativ hohen Konstanz etwa im Bereich intellektueller Kompetenz wie auch im Ausmaß von Interessen und einer Vielzahl von Aktivitäten getroffen werden konnten, wiesen nachfolgende Forschungsergebnisse zum mittleren Erwachsenenalter für diese Lebensphase gleichfalls Konstanz u n d Variabilität im Entwicklungsgeschehen auf. Es sei auf die zahlreichen Literaturangaben bei LEHR (1978, S. 149) hingewiesen.

Es zeigte sich weiter, daß bei den anstelle von oder in Ergänzung zu den aus Kostengründen noch zu selten durchführbaren Längsschnittstudien mit Hilfe der biographischen Methode stattfindenden Untersuchungen, d.h. der Analyse von Lebenslaufschilderungen (u.a. LEHR und THOMAE, 1958, LEHR und THOMAE, 1965, und LEHR, 1969), es zu einem wesentlichen Anteil besonders subjektiv,

also im Sinne der Kognitiven Persönlichkeitstheorie (MURPHY, 1947; KASTENBAUM, 1963; BALDWIN, 1969; THOMAE, 197o, 1971; OLBRICH und THOMAE 1978, vgl. 1.2.3.1.) individuell als einschneidend erlebte und in ganz unterschiedlichen Lebensphasen stattfindenden Lebensereignisse waren, die - in Abweichung von den üblichen vom Individuum innerhalb einer sozialen Gemeinschaft zu vollziehenden und zeitlich vorprogrammierten Lebensschritten - zu *Entwicklungsaufgaben* (vgl. 1.2.2.1.) wurden und zu bestimmten Verhaltensformen führten.

Es muß damit hier festgehalten werden, daß die gefundenen Ergebnisse, die sich an dieser Stelle nicht weiter spezifizieren lassen, interindividuell unterschiedliche Verlaufsformen der intraindividuellen Entwicklung aufzeigen und die starke Abhängigkeit der jeweiligen Auseinandersetzungsart im Sinne von Konstanz oder Variabilität im Verhalten und Erleben sowohl von der bisherigen Lebensentwicklung, also der persönlichen Biographie, als auch von der aktuellen Situation und der individuellen Zukunftsausrichtung. LEHR (1978, S. 171) betont:

> "Die persönlichkeitsspezifische Form und Art der aktiven Auseinandersetzung mit den verschiedenen Lebensaufgaben bestimmt den Entwicklungsprozeß in seiner Verlaufsform und prägt die Persönlichkeit; aber auch situative Momente - epochale Bedingungen wie auch ökologische Gegebenheiten - sind von Einfluß. Kontinuität und Diskontinuität, Zeiten starker Veränderung wie auch Zeiten geringer Veränderung bzw. relativer Konstanz von der pränatalen bis zur terminalen Phase - unterschiedlich in den einzelnen Verhaltensbereichen - sind im Verlauf des Entwicklungsprozesses beobachtbar."

SCHMITZ-SCHERZER (1977) ergänzt hierzu: "Der einzelne Komplex der beteiligten Determinanten kann höchst unterschiedlich strukturiert und gewichtet sein und zum gegebenen Zeitpunkt unterschiedliche Verlaufsformen oder auch konstante Verläufe begünstigen" (S. 379).

THOMAE gelangt angesichts der gewonnenen Erkenntnisse zu folgendem Facit (1978, S. 3o):

> "Unter diesem Gesichtspunkt bedarf auch mein eigener Definitionsvorschlag, der Entwicklung mit Veränderung (betrachtet im Bezugssystem des menschlichen Lebenslaufes) gleichsetzte, einer Modifizierung. Denn, wenn relative Konstanz interindividueller Unterschiede in das Entwicklungsgeschehen verwoben ist wie Veränderung, kann Entwicklung nicht n u r als Veränderung definiert werden."

Vielmehr ordnet er nunmehr "die wichtigsten Kriterien der Entwicklung dem Begriff "Lebenslauf" ..... als einer Abfolge von Ereignissen" zu, "welche durch hereditäre und umgebungsabhängige Einflüsse programmiert ist" (a.a.O.). (Vgl. hierzu auch GOULET und BALTES, 197o; FREEDMAN, 1971, HAVIGHURST, 1971; HENRY, 1971; LEVINE, 1971; LIEBERMAN und FALK, 1971; NEUGARTEN,1971).

Damit muß auch menschliche Kompetenz in ihren höchst komplexen Erscheinungsformen als ein vom vielfältigen Bedingungsgefüge, in das ein Individuum eingebettet ist, abhängiges und dementsprechend sich durch Konstanz oder Variabilität auszeichnendes und über den gesamten Lebenslauf erstreckendes Konstrukt im Entwicklungsgeschehen betrachtet werden, was angesichts der Fragestellung der vorliegenden Studie von besonderer Bewandnis ist.

Es zeigt sich ferner die bereits angedeutete große Bedeutung und Notwendigkeit von Längsschnittuntersuchungen, die dieses umfassende Verständnis einer Entwicklungspsychologie erst ermöglichten. Hier sei ein Zitat von JOHNSON (1976, S. 156) erlaubt, das diese Sicht in eine recht poetische Form kleidet:

> "By seeing an individual life as a series of inter-related careers, intersected by transitions, reversals, conflicts and triumphs, we may, as Dylan Thomas put it, "see behind the eyes of the sleepers"."

Bevor jedoch die Bedeutsamkeit von Längsschnittuntersuchungen erkannt wurde, beschränkte sich die Entwicklungspsychologie vorwiegend auf Querschnittstudien. Diese befaßten sich mit den (durchaus zulässigen) Vergleichen altersbezogener Durchschnittswerte, also interindividuellen Unterschieden. Zu beklagen war lediglich, daß ungeachtet der dabei entstehenden Gefahr der Ver-

deckung individueller und differentieller Entwicklungsläufe Querschnittsergebnisse generalisiert wurden (zur allgemeinen Kritik an Querschnittsuntersuchungen vgl. u.a. LEHR und RUDINGER, 197o), eine Tatsache, die u.a. zu den verzerrenden Ergebnissen bei Untersuchungen zur Intelligenzveränderung (vgl. 1.3.4.2.) führte und damit das DEFIZIT-Modell einer generellen Abnahme geistiger Leistungsfähigkeit (vgl. THOMAE, 1968, LEHR und SCHMITZ-SCHERZER, 1969, LEHR, 1972) bzw. im weiteren auch körperlicher und sozialer Kompetenz stützte.

Längsschnittuntersuchungen berücksichtigen hingegen methodologisch die Erforschung folgender von RUDINGER und LANTERMANN (1978, S. 183) unter Bezug auf WOHLWILL (1973), McCALL (1977) und weitere Autoren nochmals zusammengefaßter vier Fragenbereiche:

- Suche nach Entwicklungsfunktionen
- Beziehungen zwischen früherem und späteren Verhalten
- Ermittlung von Veränderungsstrukturen
- Beziehungen zwischen voraufgehenden Ereignissen und späterem Verhalten

(vgl. auch THOMAE, ANGLEITNER, GROMBACH, SCHMITZ-SCHERZER, 1973) .

Auf dieser Basis konnten Längsschnittuntersuchungen bereits in beträchtlichem Maße erhellende Erkenntnisse zur tatsächlichen Art des Verhaltens und Erlebens besonders auch älterer Menschen beitragen und wesentliche Fragen nach Konstanz und Variabilität in der menschlichen Entwicklung im höheren Alter beantworten. Hierbei stellte sich heraus, daß sowohl Persönlichkeitseigenschaften als auch eine Reihe von Fähigkeiten sich zwar verändern oder auch verschlechtern, jedoch andere auch bei zunehmendem Alter konstant bleiben können und sogar Verbesserungen möglich sind.

Auf die auch Längsschnittstudien betreffende Nachteile und Schwierigkeiten hinsichtlich methodologischer Aspekte soll an

dieser Stelle nicht vertiefend eingegangen werden (vgl. hierzu u.a. auch CAMPBELL (1963) und CAMPBELL und STANLEY (1966), BALTES 1968, RUDINGER (1972), RUDINGER (1975), RUDINGER und SCHMITZ-SCHERZER (1976), SCHAIE (1977)).

Vor allem jedoch ließen die Längsschnitte erkennen, welch ein individueller Vorgang das Alternsgeschehen ist. Es zeigten sich eine Reihe höchst unterschiedlicher Alternsformen, "Patterns of Aging", deren Verlauf von einer Fülle von Faktoren abhängig ist, die sich wiederum sowohl aus der aktuellen individuellen Lebenssituation, jedoch auch aus der biographischen Gesamtsituation, und das heißt aus dem vergangenen Leben, ergeben.

Entgegen früheren Annahmen entfällt hierbei auf das chronologische Alter eine relativ geringfügige Rolle. Hingegen stellen Faktoren wie Familienstand, Ausgangsbegabung, sozio-ökonomischer Status, Berufstätigkeit, Höhe des Einkommens, Geschlechtszugehörigkeit, Gesundheitszustand, ökologische und damit Umweltbedingungen sowie die kognitive Repräsentanz dieses Gefüges weit einflußreichere Determinanten der gesamten Lebenssituation und damit auch des Ablaufes des Alternsgeschehens dar, so daß in der Tat "die" alten Menschen nicht als homogene Gruppe angesehen werden können.

Diese Erkenntnis faßt LEHR (1979a, S.6) nochmals wie folgt zusammen: "Es gibt keinen g e n e r e l l e n (d.h. alle Bereiche betreffenden) und auch keinen u n i v e r s e l l e n (d.h. alle Personen betreffenden) Abbau von Fähigkeiten mit zunehmendem Alter", so daß sich als Facit hieraus die Forderung nach einer differentiellen Gerontologie (THOMAE, 1976) erhob.

"Es gilt, "Alternsformen", typische Prozesse in ihrem Verlauf herauszuarbeiten und deren biographische und situative Bedingungen (in die Gesundheitszustand, Persönlichkeit, soziale und ökologische Momente mit eingehen) zu erfragen" (LEHR, 1979, S. 329).

Kompetenz auch im höheren Lebensalter muß also im Hinblick auf ihre Entwicklung betrachtet werden, sei diese nun durch Konstanz oder durch Veränderung gekennzeichnet.

1.2.2. ENTWICKLUNGSAUFGABEN UND KOMPETENZ

Wie beschrieben, kann Kompetenz sowohl von einem biologischen, d.h. intrinsischen Standpunkt als auch von einem sozialen, d.h. extrinsischen Standpunkt aus betrachtet werden. Bei der Entstehung von Kompetenz kommen persönlichkeitsspezifische und gesellschaftlich-normative Faktoren gemeinsam zur Geltung, und sie können nicht voneinander getrennt werden. Besonders gut wird dieser Wechselwirkungsprozeß an dem Konzept der Entwicklungsaufgaben deutlich.

1.2.2.1. Das Konzept der Entwicklungsaufgaben - 'normative' vs. 'subjektive' Kompetenz

Rückblickend soll zunächst noch einmal festgehalten werden, daß Entwicklung folgende Komponenten enthält: Aufgaben, die sich dem Individuum stellen (bzw. die es sich selbst stellt) und die Art der Auseinandersetzung mit ihnen. Unter diesem Aspekt ist der Ansatz von HAVIGHURST (1948, 1972) zu verstehen, der in Fortsetzung der von ERIKSON (195o) und anderen Autoren bereits propagierten Fähigkeit des Individuums zur aktiven Auseinandersetzung mit der jeweiligen Lebenssituation davon ausgeht - und damit gleichfalls den Auffassungen einer vorherbestimmten, nach einem festen Schema sich vollziehenden und damit dem Eingreifen des Individuums nicht zugänglichen Lebensrhythmik widerspricht - daß das sich entwickelnde Individuum kontinuierlich

mit über sein ganzes Leben hinweg, also in allen Lebensphasen stattfindenden, Entwicklungsaufgaben (vgl. 1.2.1.) konfrontiert wird, die in besonderem Maße seinen Einsatz herausfordern und zur Entwicklung der Persönlichkeit führen.

Unter der Prämisse, daß "Entwicklung schon in frühester Kindheit in der Auseinandersetzung mit ganz bestimmten Umwelten vor sich geht und Entwicklung sowohl "Lernvorgänge" wie "Denkvorgänge" einschließt" (LEHR, 1979, S. 36) fährt die Autorin, hier im Hinblick auf das mögliche Auftreten von Problemsituationen, weiter fort:

> "Mit dem Älterwerden ist .... jedes Älterwerden gemeint, das das Individuum vom ersten Tag seines Lebens an erfährt. Denn jedes Älterwerden verlangt eine Umstellung auf eine neue Lebenssituation und bringt als solche Probleme mit sich, verlangt eine Anpassung und Umorientierung und bedeutet vielfach ein Aufgeben früherer Verhaltensweisen, Pflichten und Rechte und eine Übernahme neuer Pflichten, neuer Aufgaben, neuer Rechte" (S. 14o).

Entwicklungsaufgaben, die mit OERTER (1978, S. 66) "sowohl durch Setzungen der Gesellschaft wie durch die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten bestimmt sind", können gesehen werden z.B. in der Aufgabe des Laufenlernens beim Kleinkind, den schulischen Anforderungen, der Berufsfindung, der ehelichen Partnerschaft, der Elternschaft sowie in späteren Jahren der Berufsaufgabe oder der Auseinandersetzung mit einem sich verschlechternden Gesundheitszustand, um nur einige zu nennen, die stets besondere Anforderungen an unterschiedliche Kompetenzen des Individuums stellen.

Eine erfolgreiche Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgabe führt, wie HAVIGHURST (1972, S. 2) es formuliert,

> "to his (the individual's) happiness and to success with later tasks, while failure leads to unhappiness in the individual, disapproval by the society, and difficulty with later tasks."

Damit wird auf die Bedeutung einer erfolgreichen Lösung von Entwicklungsaufgaben für die Anpassung an das Leben schlechthin sowie an ein Leben in einer sozialen Gemeinschaft hingewiesen (vgl. 1.1.2.2.) und gleichzeitig auch hierbei die Abhängigkeit des individuellen Selbstbildes, also der subjektiven Komponente, vom Verlauf des gesamten Entwicklungsgeschehens (oder vice versa) betont.

Es wird an dieser Stelle nochmals besonders klar erkennbar, daß Aussagen zur menschlichen Entwicklung und zur Art der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ebenso Aussagen zu Art und Umfang menschlicher Kompetenz darstellen, die die Grundlage aktiver Auseinandersetzung und erfolgreicher Bewältigung ist.

In der konsequenten Weiterführung dieser Überlegungen kann damit, wie auch bereits eingangs erwähnt, der Erwerb (oder auch die Erhaltung) von Kompetenz als d i e zentrale menschliche Entwicklungsaufgabe angesehen werden. Auf die sich hier abzeichnenden engen Beziehungen wird im Hinblick auf das höhere Alter unter 1.2.2.2. noch ausführlicher eingegangen.

Die besondere Anwendbarkeit des Konzeptes von HAVIGHURST liegt darin, daß es sowohl den Anteil endogener als auch exogener Faktoren an den entstehenden Entwicklungsaufgaben berücksichtigt, die, wie LEHR (1978, S. 156) nochmals zusammenfaßt, drei Wurzeln entspringen.

"1. der biologischen bzw. körperlichen Situation, den physiologisch-biologischen Gegebenheiten,
2. den kulturellen Normen, den Erwartungen der Gesellschaft,
3. den individuellen Erwartungen und Wertvorstellungen."

Dies entspricht der Kompetenz-Definition von INKELES (1966, S. 266), der von Kompetenz spricht als

> "... the ability to attain and perform in three sets of statuses: Those which one's society will normally assign one, those in the repertoire of one's social system that one may reasonably aspire to, and those which one might reasonably invent or elaborate."

Nun muß bei all diesen Überlegungen bedacht werden, daß nicht jede Kompetenz sozial anerkannt wird, sondern daß sie dem Individuum im Rahmen unserer Leistungsgesellschaft über ganz gezielt an ihn gerichtete und über das Leben hinweg sich wandelnde Anforderungen, also im Sinne sozialer Entwicklungsaufgaben, zugebilligt wird. LAWTON (1972) spricht in diesem Zusammenhang von einer 'normativen' Kompetenz.

Aus der Differenz zwischen der zu einem bestimmten Zeitpunkt real vorhandenen und der gesellschaftlich erwarteten Kompetenz können Probleme für den einzelnen Menschen erwachsen. OERTER (1978) weist bei seiner Neuformierung des Entwicklungsaufgaben-Konzeptes demgemäß auch auf eine Distanz zwischen soziokultureller Entwicklungsnorm als gesellschaftlichem Richtwert - womit er auf den Einfluß der Sozialisation abzielt - und der auf biologischen Bedingungen aufbauenden individuellen Leistungsfähigkeit hin (S. 72 ff.). In Abhängigkeit vom jeweiligen Normziel kann diese Distanz groß, z.B. in der Kindheit, gering, positiv oder negativ sein, wobei OERTER die Meinung vertritt, daß ein O-Distanz keineswegs die Idealform, sondern eher Stagnation und Stillstand der individuellen Entwicklung darstellt und die Frage nach der optimalen Distanz zwischen Norm und Leistungsfähigkeit kaum verallgemeinernd zu beantworten sei (S. 73).

Als Beispiel einer negativen Distanz faßt OERTER die Situation einer niedrigeren, also unter der individuellen Leistungsfähigkeit liegenden, Entwicklungsnorm auf. Sie sei bei vielen Erwachsenen gegeben, "wenn man als individuelle Leistungsfähigkeit die kognitiven Kompetenzen und als Entwicklungsnorm die beruflichen Leistungen heranzieht" (S. 87). Im Hinblick auf das höhere Alter weist er auf die Möglichkeit hin, daß das Individuum

in diesem Falle z.B. kognitive Kompetenzen aus Mangel an normativen Zielsetzungen durch die Umwelt reduziert (S. 73), d.h., sich aus diesem Grund "Leistungsveränderungen, die bislang gewöhnlich als Abbau etwa durch die Defizit-Hypothese erklärt wurden" (S. 75) zeigen können (vgl. 1.2.1.).

Das heißt mit anderen Worten, daß bei der Festsetzung einer möglichen negativen Distanz zwischen individueller Leistungsfähigkeit und Entwicklungsnorm bei Erwachsenen und Menschen höheren Alters noch ein gravierender Unterschied besteht.

Selbst wenn Erwachsene ihre kognitiven Kompetenzen nicht immer voll einsetzen können, so werden sie dieser Altersgruppe doch grundsätzlich normativ zugesprochen. Da für ältere Menschen hingegen Entwicklung sowohl im Sinne von Konstanz oder Variabilität, wie sie die Lebenslauf-Forschung und die großen Längsschnitte der letzten 25 Jahre bewiesen haben, von der Gesellschaft erst sehr zögernd für möglich gehalten wird, werden bestimmte Anforderungen und Erwartungen, aus denen adäquate Entwicklungsnormen und entsprechende Distanzen für die ältere Generation hervorgehen könnten, noch immer in weiten Teilen gar nicht erst gestellt. Adäquate Entwicklungsnormen für diese Bevölkerungsgruppe fehlen also noch weitgehend, und die bislang in zumeist nur höchst diffuser und verunsichernder Form erkennbaren normativen Orientierungpunkte waren bislang lediglich das, was nach Meinung der Verfasserin eher als 'Rückentwicklungsnorm' oder auch als 'normative Inkompetenz' zu bezeichnen wäre und aus diesem Grunde vielfach eine allgemeine Abwertung der älteren Generation nach sich zog (vgl.1.2.2.2.

Das blieb zweifelsohne nicht ohne Folgen für das subjektive Erleben der betroffenen Personen. Die subjektiv empfundene, d.h. an sich selbst wahrgenommene Kompetenz, ergibt sich zwar zum einen aus der selbst erfahrenen Fähigkeit zu bestimmten Leistungen, ihre Bewertung in der Eigeneinschätzung läuft aber auch über den Filter der gesellschaftlichen Fremdeinschätzung.

KUYPERS und BENGTSON (1973, S. 194, vgl. hierzu auch WHITE, 1959, unter 1.1.2.1.) operationalisieren diese subjektive Kompetenz folgendermaßen:

> "Feelings of personal power, of ability to influence one's environment and of self-determination are characteristics of a competent person."

Hier muß nochmals auf die Möglichkeit eines wirksam werdenden gefährlichen Übergewichts sozialer Bewertungskriterien in besonderem Maße dann hingewiesen werden, wenn das Regulativ des Selbstvertrauens bzw. des inneren Gleichgewichts (vgl. 1.2.3.1.) noch nicht, wie eben in der Kindheit, oder nicht mehr, wie oft im höheren Alter, ein stabiles Maß erreicht, weil es durch belastende Ereignisse,wie sie z.B. besonders in den unteren sozialen Schichten durch einen sich verschlechternden Gesundheitszustand mit all seinen Konsequenzen gegeben sind, erschüttert wurde (vgl. 1.3.3.2.).

1.2.2.2. Das Problem der Entwicklungsaufgaben im höheren Alter

Die in 1.2.2.1. beschriebene Tatsache, daß Kompetenz nicht immer als das anerkannt wird, was ein Mensch real an Leistung vollbringen könnte, sondern eher daran gemessen wird, was er normativ innerhalb seiner jeweiligen gesellschaftlichen Ansiedlung zeigen muß oder (noch) darf, wird besonders im höheren Lebensalter bedeutsam.

Zum einen beinhaltet das Älterwerden eine Vielzahl von einzelnen Entwicklungsaufgaben, die zum Teil schwierig zu lösen sind:

Auseinandersetzung mit dem Pensionierungszustand

damit verbundene Verringerung bzw. Umgestaltung des sozialen Kontaktnetzes

Umgang mit den "Freizeit-Blöcken"

verringertes Einkommen

allgemeines Nachlassen der Kräfte

höhere Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten oder Behinderungen

allgemein ungünstige oder durch körperliche Veränderungen ungünstiger werdende Wohnverhältnisse

Verlust von Angehörigen oder Freunden

und damit insgesamt die Gefahr einer sich reduzierenden sozialen Integration.

Auf der anderen Seite wird die Bewältigung dieser und ähnlicher Aufgaben gesellschaftlich nicht besonders hoch bewertet. Vielmehr haben ältere Menschen mit dem vorerwähnten (vgl. 1.2.1.) in der Gesellschaft noch fest verankerten Defizit-Modell einer allgemeinen altersbedingten Abnahme geistiger Leistungsfähigkeit (vgl. 1.2.1.) zu kämpfen, das sich in der stereotypen Vorstellung von Alter als Zeit endogen bedingter Verminderung vorhandener Kompetenzen, zunehmender Verfallserscheinungen sowie Hilfs- und Pflegebedürftigkeit niederschlägt.

Selbstverständlich dürfen körperliche Einflüsse auf den Alternsverlauf nicht übersehen und gewisse Beeinträchtigungen, wie Nachlassen von Hör- und Sehfähigkeit, Verringerung der Flexibilität des Bewegungsapparates und der Organe als mögliche Begleiterscheinungen höheren Alters nicht geleugnet werden, die Bedeutung exogener Faktoren auf zeitliches Auftreten, Art und Umfang dieser Erscheinungen wurde jedoch über lange Zeit nicht erkannt (vgl.1.2.1.).

Zwar konnten diese Ergebnisse, die die Möglichkeit eröffneten, durch Beeinflussung der exogenen, also umweltbedingten Faktoren, das Alternsgeschehen aktiv im Sinne allgemeiner Kompetenzerhaltung und -förderung (vgl. 1.4.2.) zu steuern, nur zu der generellen Schlußfolgerung führen, das Defizit-Modell eines generellen, endogen bedingten Abbaus als stark revisionsbedürftig anzusehen. Diese Tatsache setzt sich leider erst relativ langsam in der Öffentlichkeit durch.

Der ältere Mensch, soweit er berufstätig war, aber ebenso die Voll-Hausfrau und Mutter, die über lange Zeit ihre Kompetenz besonders durch die Versorgung von inzwischen erwachsenen und selbständigen Kindern nachweisen konnte, stehen also, obgleich sie sich durchaus zu einem großen Teil als leistungsfähig und leistungswillig auch in dem Wunsch, gebraucht zu werden, empfinden mögen und es auch sind, wie zahlreiche Untersuchungen zur Leistungsfähigkeit im höheren Alter bewiesen haben, an der Schwelle des Alters vor der Erkenntnis des Verlustes dieser Bewährungsfelder für sozial anerkannte Kompetenz und gleichzeitig ohne genaue Kenntnis darüber, wohin sich im höheren Alter sozial hoch angesiedelte und vorzeigbare Kompetenzbereiche verschieben könnten. So geht der ältere Mensch nicht selten mit einem mehr oder weniger starken Gefühl der Verunsicherung und ohne exakte soziale Verhaltensnormen für das höhere Lebensalter in den dritten Lebensabschnitt. Diese Empfindungen können sich für ihn selbst, aber auch für die Gesellschaft im Extremfall steigern zu der einfachen Schlußformel: Alt-Sein bedeutet Wertlosigkeit und Krankheit.

Hier soll das "Social-Break-Down-Syndrome" (KUYPERS und BENGSTON, 1973) angeführt werden, das sich mit diesen negativen Konsequenzen auseinandersetzt, die sich für das höhere Alter durch den Verlust von im mittleren Alter gültigen Rollen, Normen und Referenzgruppen ergeben können.

KUYPERS und BENGSTON operationalisieren hierbei Kompetenz auf dreierlei Weise:

1. Kompetenz im Sinne erfolgreicher Rollenausübung
2. Kompetenz als Fähigkeit zur Anpassung an eine veränderte Umwelt
3. Kompetenz als erlebte Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Einflußnahme

Können diese Kompetenzen nicht beibehalten werden, so können sie nach Meinung dieser Autoren gefährliche Konsequenzen für die älteren Menschen bilden.

Der ältere Mensch, für den ja oftmals immer noch dieselben Quellen für Zufriedenheit, Selbstkonzept, Lebensstil, aber auch Respekt vor Produktivität und konventionellen sozialen Normen (S. 186) Geltung haben, kann durch die ihm nicht mehr zur Verfügung stehenden vertrauten Rückmeldequellen für die Richtigkeit des eigenen Verhaltens ein 'feedback vacuum' erleiden. Er würde möglicherweise abhängig von äußeren Etikettierungen, die ihn als inkompetent, weil gesellschaftlich nicht mehr nützlich, ausweisen. Damit gehe ihm das Gefühl, sich aktiv mit der Umwelt auseinandersetzen zu können, d.h. sich kompetent zu verhalten, verloren, und er verinnerliche seinerseits ein negatives Selbstbild im Sinne von Inkompetenz, Abhängigkeit und Krankheit, womit sich ein gefährlicher Kreislauf in Gang setze.

Es hängt nun von den dem älteren Menschen zur Verfügung stehenden persönlichkeitsspezifischen und sozialen Möglichkeiten ab, ob er sich in dieser Form verhält oder als kontroverse Reaktion ein teilweise übersteigert positives Selbstbild entwickelt bzw. sich im übrigen bemüht, mehr oder weniger 'normal' zu altern.

Wem es gelingt, die entstehenden Probleme "zufriedenstellend" für sich zu lösen bzw. zu meistern, hat das eigentliche Ziel, d.h., das erreicht, was als 'gelungene Anpassung' an die biologischen, sozialen und psychologischen Aspekte der Situation im höheren Alter oder auch als 'successful aging' - worunter inhaltlich die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Wohlbefinden oder Integrität der Persönlichkeit (HAVIGHURST 1961, 1963, ADAMS 1969, 1971) verstanden wird - gilt.

Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen und unter besonderer Bezugnahme auf 1.1. erscheint es an dieser Stelle zulässig, den Kompetenzbegriff ganz allgemein noch stärker zu konkretisieren.

Kompetenz, die sich in eine Fülle von Einzelaspekten gliedert, zeigt sich in selbständigem Verhalten im Sinne einer aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt durch eine Reihe von Fähigkeiten und Fertigkeiten, deren Erlangung und erreichbares Ausmaß sowohl persönlichkeits- als auch sozialisationsspezifisch, also normativ, bedingt und geprägt sind und die Art der Einstellung zu sich selbst (Selbstbild) sowie gegenüber der Umwelt (Gesellschaft) bestimmt, aber auch die soziale Einordnung des Individuums durch die Umwelt (Fremdbild) determiniert.

Hierauf fußend, wird im nachfolgenden Kapitel sodann der Kompetenzbegriff im Hinblick auf ältere Menschen weiter eingegrenzt und Kompetenzaspekte im höheren Alter auf ihre Bedeutung für ein erfolgreiches Altern hin beleuchtet.

1.2.3. BEZIEHUNGEN ZWISCHEN KOMPETENZ UND ERFOLGREICHEM ALTERN - THOMAES BEGRIFF DER 'SOZIALEN KOMPETENZ'

Erfolgreiches Altern ('successful aging') ist einer derjenigen problematischen Begriffe in der Gerontologie, die zwar ständig verwendet, aber selten näher definiert werden. Nach einer Erörterung seiner Bedeutungsinhalte und Zusammenhänge zu anderen psychologischen Konzepten soll die Rolle der Kompetenz für ein erfolgreiches Altern näher beleuchtet werden.

1.2.3.1. Zur Problematik erfolgreichen Alterns

Häufig werden bei der Auseinandersetzung mit dem Prozeß erfolgreichen Alterns, den besonders die Interventionsgerontologie (vgl. LEHR, 1979 und 1.4.2.) unterstützen möchte, weitere Konzepte wie das der Anpassung des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit usw. herangezogen. Sie sollen dabei behilflich sein, erfolgreiches Altern zu operationalisieren, sind zumeist aber ähnlich unklar.

Auf jeden Fall kann bei ihnen zwischen Ansätzen unterschieden werden, die entweder primär vom Erleben des Individuums ausgehen oder aber vorrangig sein sichtbares Verhalten beschreiben. Zu letzteren gehört z.B. der Versuch, gelungene Anpassung an das Altern als Ausdruck erfolgreichen Alterns durch die Art der sozialen Kontakte zu operationalisieren. Hierbei wird soziale Aktivität oft ermittelt über die Häufigkeit der Kontakte zur sozialen Umwelt (Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn), die Intensität sowie die Zufriedenheit mit dem Ausmaß bzw. über den Wunsch nach Intensivierung. Allerdings kritisiert ROSOW (1963), daß Aktivität und Anpassung häufig nicht unabhängig voneinander gemessen, sondern hohe Aktivitätsmaße sowohl als Determinanten als auch als Indizes gelungener Anpas-

sung verwendet wurden (HAVIGHURST und ALBRECHT, 1953; HAVIGHURST, 1951). Als Beispiel führt TEWS (1979, S. 1o4) auch das unter 1.1.2.2. behandelte Vorgehen von HAVIGHURST (1957) an, der eine hohe 'soziale' Kompetenz im Sinne hoher Anpassung aus der Art der Ausfüllung bestimmter (im übrigen vorgegebener) Rollen ableitete. TEWS vermißt hierbei unter Bezug auf ROSOW (1963) sowohl eine Rollengewichtung als auch die Möglichkeit einer qualitativen und quantitativen Veränderung. ROSOW (1963) wies ferner nach, daß Unterschichtsangehörige ein geringeres Aktivitätsausmaß aufweisen als die Mittelschicht, generelle Rückschlüsse also zu einem typischen Mittelschichtsfehler führen müßten.

Bei dieser Auseinandersetzung mit der Bedeutung sozialer Aktivität für einen gelungenen Alterungsprozeß kommt im übrigen die bekannte Kontroverse zwischen Aktivitäts-Theorie (TARTLER, 1961) und Disengagement-Theorie (CUMMING und HENRY,1961; HENRY,1964; DAMIANOPOULOS,1961) ins Bild. Kurz zusammengefaßt beinhaltet die Aktivitätstheorie, die TEWS (1979, S. 125) im übrigen wegen ihrer unzureichenden theoretischen Ausformung lediglich als 'Aktivitätsthese' bezeichnet, die Auffassung, erfolgreiches Altern und damit Lebenszufriedenheit sei nur über den Weg der Beibehaltung von Umfang und möglichst auch Art der Aktivitäten des mittleren Lebensalters zu erreichen. Sei ein Wegfall von Aktivitäten (z.B. der beruflichen) nicht zu vermeiden, so müsse für eine geeignete Kompensierung gesorgt werden. Auch im höheren Alter wolle und müsse das Individuum eine Funktion in der Gesellschaft ausüben und sich gebraucht und dadurch anerkannt fühlen. Besonders in diesem sich durch zahlreiche Funktionsverluste auszeichnenden Lebensabschnitt sei es daher wichtig, nach neuen und möglichst sinnvollen und nützlichen Rollen und Aktivitäten Ausschau zu halten, da eine gelungene Anpassung nur für einen Menschen, der noch etwas leiste und produktiv sei, gegeben sei (HAVIGHURST, 1968). Dieser "Erfolg" knüpft sich damit an die Zugrundelegung der Normen des mittleren Erwachsenenalters, d.h. an eine hohe Angleichung an das in

diesem Lebensabschnitt gesellschaftlich erwartete Verhalten im Sinne eines hohen Aktivitätsausmaßes.

Dem Aktivitätsansatz steht die Disengagement-Theory (CUMMING und HENRY, 1961; HENRY,1964; DAMIANOPOULOS,1961) diametral gegenüber. Sie vertritt die gegensätzliche Meinung, daß eine gelungene Anpassung, und das heißt wiederum Lebenszufriedenheit, auf dem Bedürfnis des älteren Menschen - das gleichzeitig den Wünschen der Gesellschaft entspricht - nach Rückzug aus dem rollen- und funktionsgebundenen sozialen System beruht.

Die gewonnene Freiheit von Normen, bei der diese Theorie d a s als ersehnte reduzierte normative Kontrolle versteht, was von anderen als Mangel normativer Führung betrachtet wird (vgl. KUYPERS und BENGTSON, 1973, unter 1.2.2.2.) und das zunehmende Bedürfnis nach der Zentrierung auf die eigene Person führe zum Wohlbefinden des alternden Individuums, das zufrieden sei, mit den Erfolgen der Vergangenheit zu leben.

In dieser Theorie wird damit die in der Aktivitätstheorie wirkende Erwartung der Gesellschaft an den alten Menschen nach Aufrechterhaltung vieler Aktivitäten kritisiert, die dieser nur zu erfüllen versuche, um sich dadurch ein Gefühl sozialer Anerkennung bzw. Integration zu bewahren. Hier wird vielmehr das Einverständnis von Individuum und Gesellschaft zu einem gegenseitigen "disengagement" mit dem Ziel gegenseitiger Zufriedenheit vorausgesetzt, wie es BENGTSON (1973) formuliert.

Beide theoretischen Ansätze sind erheblich kritisiert worden (vgl. LEHR 1979). An der Aktivitätstheorie wurde vor allem bemängelt, daß sie die in den USA verbreitete Norm einer Notwendigkeit hoher sozialer Aktivitäten unkritisch auf das Alter übertrage (vgl. u.a. BENGTSON,1973, S. 43; KUYPERS u. BENGTSON, 1973) und damit ältere Menschen insbesondere aus der ohnehin weniger sozial aktiven Unterschicht überfordere (ATCHLEY,1972, S. 35).

Bei der Disengagement-Theorie wird u.a. kritisiert, daß sie von einer endogenen Ursache für den Rückzug vom sozialen Leben ausgehe, anstatt Faktoren wie Gesundheit, Persönlichkeit etc. zu berücksichtigen (vgl. MADDOX,1964 - zitiert nach TEWS, 1979, S. 117). In der Zwischenzeit wurde die Disengagement-Theorie deshalb mehrfach modifiziert, u.a. dahingehend, daß sie nur bei einem eher passiven Lebensstil zur Geltung komme, während bei einem eher aktiven Lebensstil die Aktivitätstheorie zuträfe.

Dies leitet über zu einem dritten Ansatz der Beziehung zwischen sozialer Aktivität und erfolgreichem Altern, der Kontinuitäts-These. In dieser These (vgl. ROSOW,1963; ATCHLEY,1972; SCHMITZ-SCHERZER, SCHICK, KÜHN et al.,1977; TEWS,1979) wird die Aufrechterhaltung der Kontinuität einer Lebenssituation oder besser Lebensführung für eine entscheidende Determinante erfolgreichen Alters gehalten. Der Unterschied gegenüber der Aktivitäts-Theorie wird darin gesehen, daß die Kontinuitäts-These sich nicht an einer möglichst weitgehenden formalen Übernahme der Rollenaktivitäten der mittleren Lebensjahre oder einer entsprechenden Kompensierung orientiert, sondern trotz der im höheren Alter objektiv auftretenden Veränderungen sozialer oder persönlicher Natur auf einer subjektiv empfundenen Kontinuität eines als stabil und zufriedenstellend erlebten Lebenszeitraumes fußt, für den, aber eben in diesem spezifischen Sinne, zwar auch die mittleren Jahre, jedoch auch frühere Lebensphasen herangezogen werden.

Anpassung wird hier über die Beibehaltung einer Vielzahl vertrauter kleinerer oder bedeutsamerer Lebensgewohnheiten erreicht, also über Kontinuität durchaus im Sinne eines gewissen Lebensstils, der sich jedoch nicht nur einseitig auf die Fortsetzung sozialer Aktivitäten oder auf einen Rückzug von ihnen bezieht. Das bedeutet allerdings auch, daß Kontinuität von als unerfreulich erlebten früheren Lebensphasen nicht zu einer erfolgreichen Anpassung führen dürfte, Kontinuität in sich also nicht von vornherein mit sozialer Integration gleichgesetzt werden kann.

Zu den verschiedenen Theorien gibt es inzwischen empirische Befunde, u.a. aus Längsschnittstudien (vgl. 1.2.1.).

Bei der Auswertung von Datenmaterial aus der DUKE-Studie (PALMORE 197o, 1974) konnten MADDOX und EISDORFER (1968) feststellen, daß das Verhalten von 7o % - 74 % der Befragten aus der Altersgruppe 64 - über 8o Jahre der Aktivitätstheorie zuzuordnen war; bei 45 % fand man einen Zusammenhang zwischen hoher Aktivität und positiver Stimmungslage. 26 % - 3o % verhielten sich entsprechend der Disengagementtheorie, wobei sich bei 11 % - 15 % geringe soziale Aktivität mit positiver Stimmungslage ergaben. Sofern sich bei über 8o-jährigen eine Verschlechterung der Stimmung bei zunehmender Rollenaktivität zeigte, konnte eine Veränderung des Gesundheitszustandes festgestellt werden. Auch in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (LEHR und RUDINGER, 197o) konnten ähnliche Resultate (bei Frauen in einem noch stärkeren Maße als bei Männern) hinsichtlich der Konstanz der sozialen Aktivität gefunden werden, wobei eine höhere soziale Aktivität eine Zunahme von Zufriedenheit nach sich zog. LEHR (1979, S. 224) ergänzt, daß internationale Vergleichsstudien "... auch umgekehrt einen eindeutig nachweisbaren Zusammenhang zwischen geringer Rollenaktivität und stärkerer Unzufriedenheit .... zeigen". Auch die BETHESDA-Studie (BIRREN et al., 1963) weist auf eine hohe Konstanz sozialer Aktivitäten hin, wobei Veränderungen häufig mit einschneidenden Erlebnissen (z.B. Tod eines nahestehenden Menschen) zusammenhingen.

Eine Aufgabe außerfamiliärer Rollen (etwa durch die Pensionierung) führte zu einer stärkeren Verlagerung auf familienbezogene Aktivitäten. Sofern eine Familie vorhanden ist, kann sie für den älteren Menschen eine entscheidende integrative Bedeutung haben. Es sollen, da für die vorliegende Studie von Relevanz, hier noch einige ergänzende Ergebnisse aufgeführt werden.

SHANAS et al. (1968) stellen in ihrer vergleichenden internationalen Studie einen etwa doppelt so häufigen Kontakt älterer Menschen zu den Kindern wie zu Geschwistern oder an-

deren Verwandten fest, wobei ein täglicher oder fast täglicher Kontakt sich etwa zwischen 64 % und 75 % aller befragten Fälle (Bundesrepublik 64 %, vgl. TEWS, 1979, S. 143) ergibt. Bei TISMER (1975, S. 48) treffen sich 51 % der älteren Männer und Frauen mindestens einmal pro Woche und häufiger mit ihren Kindern, während dort nur 6 % der Männer und 7 % der Frauen nach eigenen Angaben keine Verbindung zu ihren Kindern haben.

Alleinstehende Personen (international sind etwa 5o % aller 65jährigen alleinstehend oder verwitwet und haben 1/5 keine Kinder, ca. 4/5 dagegen lebende Geschwister) verlagern ihre Kontakte verstärkt auf andere Verwandte, diese Gruppe allerdings auch auf Freunde, Bekannte und Nachbarn (vgl. TISMER et al., 1975, S. 56), wobei insgesamt die unteren Schichten sich stärker auf Familienkontakte konzentrieren als die oberen (vgl. LEHR, 1979, S. 241 f.).

Auch das Freizeitverhalten der älteren Bevölkerung soll angesichts der engen Verflechtung sozialer und persönlicher Aktivitäten an dieser Stelle kurz angesprochen werden:
Generell weist SCHMITZ-SCHERZER (1974, S. 71) auf ein breites Interessenspektrum sowie auf eine hohe geistige Beweglichkeit und Mobilität älterer Menschen hin, wobei sich entlang der Altersvariable erst in Verbindung mit Schulbildung, Intelligenz und Gesundheit spezifische Variationen des Freizeitverhaltens beobachten lassen (vgl. S. 74 und SCHMITZ-SCHERZER und STRÖDEL, 1971).

An Interessen, die in die Richtung aktiver Freizeitgestaltung weisen, werden von älteren Menschen häufig Spazierengehen, Blumenpflege, Wanderungen, Gartenarbeit, Reisen, Kochen, Handarbeiten, Besuch kultureller Veranstaltungen oder von Geselligkeiten, Literatur u.a.m. genannt, die auch, soweit möglich, in die Tat umgesetzt werden (vgl. SCHMITZ-SCHERZER, 1974, S. 72).

Diese Aktivitäten sind denen anderer Altersgruppen nicht wesentlich unähnlich. Verheiratete sind in ihrem Freizeitverhalten aktiver als Alleinstehende (GORES, 1971), wobei sich wiederum alleinstehende ältere Frauen mit Tätigkeiten befassen,

die verheiratete viel seltener aufgreifen. Insgesamt und verständlicherweise finden sich die geringsten anderweitigen Freizeitaktivitäten bei Frauen mit sehr intensiven Kontakten zu Kindern und Enkeln.
Es sei auch der Medienkonsum, d.h. eher passive Freizeitaktivitäten, erwähnt, denen sich über 6ojährige am stärksten widmen. 84 % der über 5ojährigen lesen Zeitung, 72 % sehen fern, 63 % hören Radio, 6o % lesen Illustrierte, 44 % Belletristik (YOUMANS, 1962, STADT BRAUNSCHWEIG, 1971, zitiert nach SCHMITZ-SCHERZER, 1974, S. 68). Im Hinblick auf die hier aufgeführten und weitere relevante Untersuchungen stellt SCHMITZ-SCHERZER (1974, S. 68) fest, daß die zentralen Freizeitbeschäftigungen der älteren Generation, besonders in den unteren Schichten, das Fernsehen, Spazierengehen, Familienkontakte und Lesen darstellen.

Bezüglich der Konstanz und Variabilität in der zeitlichen Entwicklung von Freizeitaktivitäten zeichneten sich in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (SCHMITZ-SCHERZER, 1976) überwiegend gleichbleibende Aussagen ab, d.h., daß bei mehr als 5o % der untersuchten Aktivitäten weder gruppenspezifisch noch intraindividuell Veränderungen auftraten. Geschlechtsspezifisch zeigten sich folgende Unterschiede: Konstant blieben bei Frauen die Aussagen zum Spazierengehen und zur Häufigkeit des Illustrierten-Lesens und des Fernsehkonsums, bei Männern zum Empfangen von Besuch und zum Zeitunglesen. Keine intraindividuellen Veränderungen in beiden Geschlechtsgruppen wiesen durchgängig die Häufigkeiten von Ausflügen, Ausgehen und Gartenarbeit sowie des Kirchganges und des Abstattens von Besuchen auf. Einer Zunahme des Zeitungslesens und des Fernsehens sowie der Gartenarbeit stand eine Abnahme des Empfangens von Besuch und der Zerstreuung mit anderen gegenüber.

Obgleich Konstanz auch in der Häufigkeit von Alltagsaktivitäten festgestellt wurde, fand eine Interpretation der kleinen Zahl von Veränderungen in Richtung einer altersbedingten Reduzierung der Häufigkeit dieser Aktivitäten statt.

Es sei weiter erwähnt, daß die Langlebigen, d.h. die sogenannten "Survivors" in Längsschnittuntersuchungen (vgl. LEHR und SCHMITZ-SCHERZER, 1976, und zusammenfassende Darstellung bei LEHR, 1979, S

313 f) sich in einem grösseren Umfang persönlichen Aktivitäten widmeten und über ein höheres Ausmaß an Sozialkontakten verfügten.

Ein anderer Weg zur Operationalisierung erfolgreichen Alterns ist die Verwendung subjektiver Maße HAVIGHURST (1961) benutzte z.B. als Maß der Anpassung das Konstrukt der *Lebenszufriedenheit*, für die er die Life-Satisfaction-Scale mit 5 Unterskalen auf der Grundlage der Morale-Scale von KUTNER et al. (1956) entwickelte.

Lebenszufriedenheit wird allgemein im Sinne von Zufriedenheit mit dem vergangenen Leben und der gegenwärtigen Lebenssituation definiert (HAVIGHURST, NEUGARTEN und TOBIN, 1964). Hierbei ist zu berücksichtigen, daß in der gerontologischen Literatur eine ganze Reihe ähnlicher Anpassungsmaße und -definitionen synonym verwendet werden, z.B. Begriffe, wie Angepaßtheit, Wohlbefinden, zuversichtliche Stimmung oder 'morale'. Dieser Begriff im Sinne KUTNERS als Kriterium für Anpassung und damit Integration ist nach VATH (1973, S. 107) "am besten zu übersetzen mit 'positiver Grundstimmung oder Grundeinstellung zum Leben'", die hierbei auch die erweiterte Definierung von CUMMING und HENRY (1961, S. 48) in Übersetzung anführt: "Die positive Grundstimmung und Grundeinstellung zum Leben ist die Gesamtreaktion auf das Leben und seine Probleme, in der sich das Vorhandensein oder Fehlen von Zufriedenheit, Optimismus und Zukunftsorientierung spiegeln". VATH kommt zu dem Schluß, daß 'morale' eher als psychisches Wohlbefinden zu verstehen sei, während Anpassung die Bewältigung der äußeren Bedingungen bedeute, womit Zufriedenheit demgemäß als ein Begriff zu gelten habe, der inneren und äußeren Dimensionen gerecht zu werden versuche.

Anders formuliert, kann Lebenszufriedenheit als das individuelle Ausmaß hergestellter Kongruenz (im Idealfall mit O-Differenz) zwischen Ist- und Soll-Lage (THOMAE, 1974) im Sinne der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des inneren Gleichgewichtes ähnlich einem Homöostase-Modell angesehen und ohne Zweifel nach Meinung der Verfasserin auch aus dem Wunsch nach Kontinuität verstanden werden.

In diesem Zusammenhang soll explizit Postulat 3 der kognitiven Persönlichkeitstheorie (THOMAE, 197o, S. 13) zitiert werden:

> "Anpassung an das Altern ist eine Funktion des Gleichgewichts zwischen dem kognitiven und motivationalen System des Individuums",

d.h., "die entscheidende Voraussetzung eines erfolgreichen Alterns ist ein Gleichgewichtszustand zwischen der kognitiven Struktur und dem Bedürfnissystem des Individuums. Anpassung an das Altern setzt danach voraus, daß die mit diesem Prozeß verbundenen Änderungen in einer Weise vorgenommen werden können, welche mit der aktuellen oder habituellen Motivationsstruktur des Individuums vereinbar ist."

Hier muß auch auf den Begriff des 'coping behavior' (MURPHY, 1962) eingegangen werden, d.h. auf Mechanismen des aktiven Bemühens um das Meistern einer Situation.
THOMAE (1958, S. 337) wollte diesen Begriff zunächst ganz allgemein so verstanden wissen, daß alle homöostatischen Modelle die Beseitigung einer 'Deprivation' zum Ziele haben. Dadurch wird "der Zustand, der durch das Einsetzen von Reaktionen des Ausgleichs, des Überdeckens, des Behelfs usf. gekennzeichnet ist, zum "Normalfall"." Er fährt an gleicher Stelle fort: "Alles Verhalten ist letztlich Reaktion auf eine Krise, d.h. ein Sonderfall der Abweichung von dem nicht-stationären Fall der Ruhe", so daß "die Auseinandersetzung mit irgendeiner Art von Situation" zum "Normalfall" gehört.

Bezogen auf das höhere Alter wird 'coping' besonders auf die äußere oder innere Bewältigung einer mehr oder weniger objektiv erschwerten Situation verstanden (NEUGARTEN, 1973, LAZARUS, 1967).

Entsprechend der 'Daseinsthematik', in der sich die zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben spiegeln, können hier die subjektiven Sichtweisen dieser Situationen Reaktionsformen bilden, die THOMAE als 'Daseinstechniken' definiert, "um sich das Leben äußerlich und innerlich erträglich zu machen" (1974, S. 651).

Diese Daseinstechniken sind sehr umfangreich (vgl. auch THOMAE, 1968, S. 366 f.) und werden besonders geprägt durch den Sozialstatus und Persönlichkeitsvariablen, wie sich in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie zeigte (vgl. v. LANGERMANN, 197o). Sie werden ferner beeinflußt durch die empfundene Veränderbarkeit oder Unveränderbarkeit einer Situation. Im letzteren Falle wird eher innere Bewältigungsarbeit geleistet, z.B. durch eine kognitive Umstrukturierung. Als Beispiel hierfür kann die Stabilisierung des Selbstbildes (vgl. u.a. THOMAE und KRANZHOFF, 1979) herangezogen werden.

Das Ausmaß von Lebenszufriedenheit sieht THOMAE (1976, S. 154) daher "more like a 'level of adaptation' (HELSON, 1964) fluctuating around a standard which may be raised or lowered according to external or internal conditions."

Als Lebenszufriedenheit im genannten Sinne begünstigende bzw. hervorrufende Variablen haben ADAMS (1971) und andere 5o - 7o Korrelate ermittelt. Hierbei ergab sich, daß unter den biologischen Korrelaten der objektive Gesundheitszustand (JEFFERS und NICHOLS, 1961; LEHR, SCHMITZ-SCHERZER und THOMAE, 1972) hervortrat, wobei sich eine negative Beziehung bei körperlicher Behinderung zeigte (LOWENTHAL und BOLER, 1965, vgl. 1.3.4.2.). Zu den psychologischen Korrelaten zählte vor allem die positive Einschätzung des subjektiven, also selbst eingeschätzten Gesundheitszustandes (LENZER, 1972; PALMORE und LUIKHART, 1974; THOMAE und KRANZHOFF, 1979).

Ebenfalls fanden sich enge Beziehungen zwischen dem Selbstbild und dem Ausmaß des Zukunftsbezuges und der Lebenszufriedenheit (SPENCE,1968; BORTNER und HULTZSCH,197o; SCHONFIELD, 1973).

Weitere objektive Korrelate, die auch den größten Anteil am Ausmaß der gefundenen Zusammenhänge bilden, wurden im soziologischen Bereich gefunden. Hierzu gehören Variablen, wie sozioökonomischer Status, bessere Bildung, eigener Hausbesitz, ausreichendes Einkommen (KUTNER et al.,1956; HANSEN und YOSHIOKA, 1962; THOMPSON, STREIB und KOSA 1963), sowie ein großes Ausmaß an Sozialkontakten (LIPMAN und SMITH, 1968; TOBIN und NEUGARTEN, 1961), wie auch bereits ausgeführt.

Schließlich finden sich positive Korrelationen zwischen Intelligenz und Lebenszufriedenheit, die THOMAE (1974) allerdings eher aus dem Zusammenhang zwischen Intelligenz und höherem sozialem Status her klären möchte. Er ergänzt im weiteren, daß das hier dargestellte Bedingungsgefüge demjenigen ähnelt, das LEHR (1971, 1972) und RUDINGER (1978) für die Erhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit und damit einer objektiven Form der Anpassungsfähigkeit ermittelten.

1.2.3.2. 'Soziale Kompetenz' als Grundlage erfolgreichen Alterns

In den großen Komplex des Konstruktes des 'erfolgreichen Alterns' mit all seinen verwandten Begriffen und Korrelaten wird von einigen Autoren auch der Kompetenz-Aspekt eingebracht. THOMAE (1974) weist z.B. darauf hin, daß 'soziale Kompetenz' - ohne nähere Spezifizierung - sogar mit Anpassung schlechthin gleichgesetzt wird (BEARD,1965; FISHER,1973). Auch in der weiteren gerontologischen Literatur finden sich terminologische Übereinstimmungen zwischen einer 'sozialen Kompetenz', gelungener Anpassung und Lebenszufriedenheit (KUYPERS u. BENGTSON, 1973).

Andererseits wird Kompetenz als "Grundlage" bzw. "Ressource" der Anpassung angesehen, wobei THOMAE (1974), unter Abstützung auf eine Reihe psychologischer und soziologischer Studien, sie hierbei differenziert "nach physischer, psychischer und/oder sozialer Kompetenz des Individuums, wie sie in der körperlichen Untersuchung, in physischen, psychologischen Leistungstests, in der Erfassung der emotionalen Stabilität oder im Ausmaß seiner sozialen Partizipation gegeben sind (PALMORE 1974)" (S. 648).

In dieser Sichtweise von THOMAE sind zwei wichtige Hinweise für die Kompetenz-Problematik in Zusammenhang mit (erfolgreichem) Altern enthalten. Einmal wird deutlich, daß 'die' Kompetenz aus v i e l e n Bereichen und deren Einzeldimensionen bzw. -aspekten zusammengesetzt ist, die sich u.a. im Verhalten eines Individuums widerspiegeln. Zum anderen scheint es für eine gerontologische Fragestellung sinnvoll zu sein, das weitgefaßte Kompetenz-Konstrukt auf die durch Kompetenz mögliche Bewältigung des Alternsprozesses einzuengen. THOMAE selbst (1979, S. 6o) beschreibt die "Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und relativ unabhängig zu leben" als 'soziale Kompetenz' in seinem Sinne und erweitert damit den von HAVIGHURST verwendeten Begriff (vgl. 1.1.2.2.) erheblich.

Diese Fähigkeit ist für ihn besonders auch aus geschlechtsspezifischer Sicht als "Kompetenz in der Auseinandersetzung mit einem oft nicht leichten Schicksal" von Bedeutung. Er ergänzt seine Definition noch dahingehend, als er sie der Gruppe älterer Menschen zugesteht, die "in sozialer und geistiger Selbständigkeit und Aktivität leben" (S. 63). Unter diesem Blickwinkel gehören gesundheitliche Kompetenz sowie die damit in einem engen Zusammenhang stehende 'Alltags-Kompetenz' (vgl. 1.3.4.3.) zu den wichtigsten Teilaspekten der allgemeinen 'sozialen Kompetenz' in THOMAES Sinne.

Diese Annahme wird bestätigt mit dem durch die Forschung erhärteten Hinweis von THOMAE auf "das Vorhandensein aller Grade

und Abstufungen von sehr hoher bis zu sehr geringer sozialer Kompetenz, also von völliger Selbständigkeit bis zu völliger Pflegebedürftigkeit. An einem Pol dieser Dimension "soziale Kompetenz im hohen Alter" würden die durchaus noch lebenstüchtigen und zum Teil noch arbeitenden 9o- bis 1o5jährigen zu lokalisieren sein, wie sie etwa FRANKE (1971, 1978) vielfach vorfand, am anderen Pol die dauernd Pflegebedürftigen und auf Hilfe Angewiesenen. Zweifellos ist im Augenblick der letztgenannte Pol noch stärker besetzt, aber im Bereich der noch kompetenten 9ojährigen dürfte bei entsprechender Prophylaxe eine Zunahme erfolgen. Zwischen dem breiten Mittelfeld, das nach den unterschiedlichsten Gesichtspunkten zu klassifizieren ist, und dem Pol der Lithogeronten liegen jene älteren Personen mit hohem sozialem Engagement und Kompetenz (zum Teil bis zu 9o Jahren), deren Startbedingungen für das Alter in Längsschnittstudien erfaßt werden" (S. 61). THOMAE ergänzt, daß es auf der anderen Seite, zwischen der breiten Mittelzone und der Gruppe der Pflegebedürftigen "viele Übergänge von mäßiger bis stark gestörter objektiver Gesundheit, von oft stark beeinträchtigter subjektiver Gesundheit, geringer oder gehemmter Regsamkeit und häufig dürftiger ökonomischer Versorgung" (S. 62) gibt und für diese Kompetenzzone differenzierte Gegenmaßnahmen getroffen werden müßten. Unter Hinweis auf die Möglichkeit der Intervention (vgl. 1.4.2.) und Rehabilitation betont er dabei, daß damit die Position der Pflegebedürftigen auf der Kompetenzskala "keineswegs als fixiert" anzusehen sei.

Damit werfen die vorangegangenen Überlegungen die im folgenden Kapitel behandelte Frage auf, in welchem Umfang sich ältere Menschen mit einer der vordringlichsten Entwicklungsaufgaben des höheren Alters, d.h. zunehmender körperlicher Beeinträchtigung, auseinanderzusetzen haben und wie es dabei um ihre, das Ausmaß 'sozialer' Kompetenz im Sinne THOMAES bestimmende Alltags-Kompetenz und die hierauf einwirkenden Einflußfaktoren bestellt ist.

1.3. ZUR GESUNDHEITLICHEN KOMPETENZ

Das folgende Kapitel soll dem umfangreichen Bereich gesundheitlicher Kompetenz gewidmet sein. Hierbei werden zunächst der Gesundheitsbegriff und sodann die Bedeutung objektiver, subjektiver sowie funktioneller gesundheitlicher Daten unter besonderer Berücksichtigung der *Alltags-Kompetenz* nebst den entsprechenden Meßmethoden und Ergebnissen behandelt.

Da in der vorliegenden Studie die Betrachtung funktioneller gesundheitlicher Daten, die ja sowohl subjektiv als auch objektiv gewonnen werden können, im Vordergrund steht, werden die hierzu gefundenen Ergebnisse, soweit sie funktionelle Aspekte berühren, g e m e i n s a m unter den diese betreffenden Abschnitten 1.3.4.2. und 1.3.4.3. aufgeführt.

In den übrigen Fällen finden sich die Ergebnisse zum subjektiven und objektiven Gesundheitszustand jeweils gesondert in den die Bedeutung objektiver (vgl. 1.3.2.2.) bzw. subjektiver (vgl. 1.3.3.2.) gesundheitlicher Daten betreffenden Abschnitten wieder.

1.3.1. DIE PROBLEMATIK DES GESUNDHEITSBEGRIFFES

Wie bereits ausgeführt, zeigen gerontologische Forschungsergebnisse übereinstimmend, daß gesundheitliche Kompetenz im höheren Alter einen außerordentlich starken Einfluß auf den Umfang der Lebenszufriedenheit und damit auf das Verhalten und Erleben älterer Menschen hinsichtlich ihrer gesamten Lebenssituation im Sinne einer erfolgreichen Anpassung haben kann, ganz besonders auch, was den Umfang ihrer sozialen und persönlichen Aktivitäten, Interessen und Sozialkontakte anbetrifft (vgl. u.a. SCHMITZ-SCHERZER, 1969, 1974; TISMER et al.,

1975). Aus diesem Grunde soll der gesundheitlichen Kompetenz als Voraussetzung allgemeiner Kompetenz und damit vornehmlich auch der für die Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens erforderlichen *Alltags-Kompetenz* (vgl. 1.3.4.3.) in der vorliegenden Studie ein breiterer Raum zugestanden werden.

Obgleich immer wieder in der Literatur darauf hingewiesen wird, daß es keine ausgesprochenen Alterskrankheiten gibt und hierauf der Einfluß des chronologischen Alters - das hohe Lebensalter einmal ausgenommen - allein eine weitaus geringere Bedeutsamkeit erlangt als allgemein nach wie vor vermutet, sich also darauf aufbauende generelle Ableitungen über den Gesundheitszustand älterer Menschen hieraus verbieten, muß im höheren Alter doch häufiger mit der Wahrscheinlichkeit sich einstellender Krankheiten, Behinderungen oder Schädigungen gerechnet werden. Dennoch aber ist mit BIRREN (1964) zu differenzieren nach "altersbezogenen" und "gesundheitsbezogenen" Veränderungen im Verhalten und Erleben älterer Menschen.

Es ist in diesem Zusammenhang festzustellen, daß die hierüber vorliegenden Daten, besonders was die zeitliche Entwicklung gesundheitlicher Beeinträchtigungen betrifft, noch recht unvollständig sind. Erschwerend macht sich hierbei auch der Umstand geltend, daß die Vergleichbarkeit der Daten durch die mannigfaltigen Definitionen, Operationalisierungen und Bewertungskriterien von Gesundheit ganz allgemein und die zum Teil von Seiten der Untersucher subjektiv unterschiedlichen Vorstellungen über die Ermittlung von Standardwerten (besonders bei älteren Menschen) und die Bewertung von Abweichungen nicht immer gegeben ist. Ein Gesundheitsbegriff, der lediglich als das Fehlen von Krankheit definiert wird, kann hier nicht viel zu einer Klärung beitragen, da sich über ihn als Komplementärbegriff zu Krankheit eben auch nicht eindeutig klären läßt, was Krankheit ist.

Während bis zur Ermittlung des Gesundheitszustandes etwa zur Mitte der sechziger Jahre nur der Weg der herkömmlichen medi-

zinischen Diagnostik gewählt wurde, ging die Wissenschaft allmählich dazu über, als positives Kriterium für Gesundheit nicht nur das Fehlen pathologischer Befunde zu sehen. VAN DER PLAATS (1976) bezieht sich hierbei auf VAN DEN HEUVEL (1974), der auf drei Faktoren hinweist, die bei der Definition von Gesundheit eine wesentliche Rolle spielen:

- disease = presence of pathology;
- sickness = incapacity to fullfill roles and performances;
- illness = the feelings of the individual of not being healthy.

VAN DER PLAATS (1976, S. 25) bemerkt hierzu: "The ideas of health and illness therefore are no longer opposed as two absolute magnitudes; one may be suffering from a disease and yet be in good health. Disease is but one of the factors that influence health, its degree of influence is not set fast and it is rather dependent on the person and his perception of disease and that of others. Naturally disease is often a cause of worse functioning, but to what degree the pathology works toward invalidity, has not been established. We shall probably have to look for a different system of placing pathology in categories in order to give it a wider meaning."

Insofern geht VAN DER PLAATS (1976, S. 24) noch über die Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation WHO (1976), die Gesundheit als "not just the absence of disease but as a condition of physical,mental and social well-being" bezeichnet, hinaus, wenn sie hierzu feststellt: "Health will be related rather to mental and physical functioning, experiencing of health and life-expectancy in a certain environment and in interaction with this environment (vgl. 1.3.4.4., die Verf.). Functioning in the most comprehensive sense is in this respect the most important parameter (vgl. 1.3.4.1., die Verf.)..... Health in this view may be described as that biological, mental and social condition, which enables a person to fight the attacks, launched against his existence and to overcome the accompanying stress by

himself, not only in the present, but also in the future (LEERING, 1968)."

Auch mit LAWTON (1978) (vgl. auch AMANN und MAJCE, 1976) ist Gesundheit demgemäß kein klar abgrenzbarer Bereich, sondern intrinsisch vermischt mit anderen Dimensionen, wie z.B. Intelligenz, aber auch subjektivem Wohlergehen, der als ein multidimensionales Konstrukt angesehen und behandelt werden muß (vgl. 1.5.).

Als ähnlich vielseitig wie der Gesundheitsbegriff stellt sich auch die Datengewinnung dar. Aus diesem Grunde werden anschließend die unterschiedlichen Erhebungs- und Meßmethoden sowie die ältere Bevölkerungsgruppe betreffende Ergebnisse aufgeführt.

1.3.2. OBJEKTIVE GESUNDHEITLICHE DATEN

1.3.2.1. Die Bedeutung objektiver gesundheitlicher Daten

Grundsätzlich sind objektive gesundheitliche Daten für die Ermittlung des medizinischen Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung sowie zur Diagnosefindung und zur Behandlung von Krankheiten unabdingbar. Weiterhin spielen sie für die Bedarfsermittlung medizinischer und sozialer Dienste eine wichtige Rolle.

Wie jedoch eingangs bereits erwähnt, ist es noch relativ schwierig, vergleichbare objektive Daten nicht nur über den allgemeinen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, sondern auch über dessen zeitliche Entwicklung zu ermitteln. Sie fehlen bis jetzt in der Bundesrepublik weitgehend. Mitbestimmend für diese Tatsache ist das erst relativ langsam sich ent-

wickelnde Interesse in der Gesellschaft an der älteren Generation, das sich nicht zuletzt auch in dem Mangel an ausgebildeten Fachärzten für Geriatrie zeigt sowie auch an einer auf den älteren Menschen zugeschnittenen und verallgemeinerungsfähigen Diagnostik und Bewertung (vgl. auch BERGENER, HUSSER, KÄHLER, MEHNE, 1979).

Weiterhin kann nicht immer die Bereitschaft älterer Menschen bei der Gewinnung übertragbarer Daten vorausgesetzt werden.

1.3.2.2. Das Messen objektiver gesundheitlicher Daten und empirische Ergebnisse

Ganz allgemein können als Meßinstrumente hierbei die ärztliche Einschätzung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes, medizinische Fragebögen, Laborbefunde und weitergehende medizinische Diagnostik angesehen werden, was in vielen Fällen einem Vorgehen auf Nominal- oder Ordinalskalenniveau entspricht. Es ist hinzuzufügen, daß das Ausmaß einer somatischen Erkrankung, z.B. der Schweregrad eines Herzinfarktes, in der klinischen Arbeit zunehmend auch über mehrstufige Intervall-Skalen gemessen wird (vgl. VAN DER PLAATS, 1976, S. 26). Im wesentlichen werden hierfür Ärzte bzw. entsprechend ausgebildetes klinisches Personal eingesetzt.

Ergebnisse:

Aus den eingangs behandelten Gründen können für die ältere Generation nur Angaben gemacht werden, die von Untersuchung zu Untersuchung an jeweils spezifischen Stichproben ermittelt wurden und nach Herkunft und Auswahl der untersuchten Population variieren müssen.

So wurde der für die Stichprobe der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (THOMAE, 1976) von einem Internisten zu Beginn der Untersuchung 1965 global eingeschätzte Gesundheitszustand (222 Personen der Jahrgänge 189o-1895 und 19oo-19o5) als durchschnittlich bis gut bezeichnet. Bei stärkerer Differenzierung nach Geschlechtszugehörigkeit und chronologischem Alter ergab sich dabei der beste Gesundheitszustand für die 6o-65jährigen Männer, dem sich der für die gleichaltrigen Frauen anschloß. Es folgte eine etwas schlechtere ärztliche Einschätzung für die Gruppe der 7o-75jährigen, wobei wieder die Gruppe der Männer besser abschnitt als die der Frauen.

Auch in der Querschnitt-Studie von BERGENER et al. (1979) zur gesundheitlichen und sozialen Situation älterer Menschen in der Großstadt ergab sich aus einer Stichprobe von 237 ärztlich untersuchten nicht-institutionalisierten über 65jährigen Personen (S. 165) für 121 Personen (51.1%) ein guter körperlicher Allgemeinzustand (nicht oder nur wenig beeinträchtigte körperliche Leistungsfähigkeit).

Gleichfalls interessant erscheinen die Ergebnisse zum objektiven Gesundheitszustand von 5ooo älteren Schwerarbeitern (EITNER et al., 1971, zitiert nach LEHR, 1979, S. 176), wonach der Anteil der "überdurchschnittlich Gesunden und Hochleistungsfähigen im 6o. bis 7o. Lebensjahr" bei etwa 1o% - 2o% der gesamten Bevölkerung dieser Altersgruppe liegen dürfte!

Dennoch finden sich auch immer wieder Hinweise auf *auftretende Krankheiten*.

Bei der Münsteraner Altersstudie (Querschnitt) mit einer Zufallsstichprobe von 415 Männern und Frauen zwischen 65 und 9o Jahren (OBERWITTLER und DREBES, 197o; SCHMITZ-SCHERZER, BERGHOFF und RUDINGER, 197o) z.B. wurden bei 5o% der Versuchspersonen mindestens zwei gesundheitliche Probleme ermittelt, besonders Erkrankungen des kardiovaskulären, respiratorischen

oder orthopädischen Systems. In der Studie von BERGENER et al. (1979) zeigen Erkrankungen des kardiovaskulären und respiratorischen Bereiches sowie des Bewegungsapparates ebenfalls insgesamt die stärkste Häufigkeit, werden jedoch von sensorischen Störungen (vgl. 1.3.4.2.), die die beiden ersten Rangplätze einnehmen, noch übertroffen (vgl. Tab.1).

Es wird aus Tabelle 1 außerdem ersichtlich, daß Gruppe B (in Institutionen der Altenhilfe lebende ältere Menschen) gesundheitlich durchaus nicht stärker beeinträchtigt sein müssen (vgl. 1.4.5.2.) als die in Privatwohnungen lebenden Personen über 65 Jahre (Gruppe A).

Tab. 1: Verteilung von Häufigkeiten allgemein-körperlicher Erkrankungen

Erkrankung	Gruppe A (N = 235)	Gruppe B (N = 91)
Sehstörungen	199(84.7)	1o(11.o)
Hörstörungen	99(42.1)	3(3.3)
Kardiovaskuläre Störungen	187(79.6)	52(57.2)
Erkrankungen des respiratorischen Systems	79(35.5)	11(12.1)
Erkrankungen des Verdauungstraktes	57(24.2)	14(15.4)
Erkrankungen des Urogenitalsystems	57(24.2)	7(7.7)
Stoffwechselstörungen	7o(29.7)	21(23.1)
Erkrankungen des Bewegungsapparates	122(51.7)	25(27.5)
Chronische Schmerzzustände	49(2o.8)	o(o.o)

Zahlen in Klammern sind Prozentangaben von N = ≙ 1oo %

Quelle: M.BERGENER, J. HUSSER, H.D.KÄHLER,P. MEHNE. *Die gesundheitliche und soziale Situation älterer Menschen in der Großstadt*, KOHLHAMMER, Stuttgart, 1979, S. 218

Es soll festgehalten werden, daß in den bisher hier aufgeführten Daten Angaben über psychische und geistige Erkrankungen nicht berücksichtigt werden.

Zu weiteren Korrelaten hinsichtlich des objektiven Gesundheitszustandes läßt sich aussagen: Es besteht eine Reihe bedeutsamer Beziehungen zwischen dem objektiven (wie auch in geringerem Maße dem subjektiven) Gesundheitszustand und der *geistigen Leistungsfähigkeit*, die unter den funktionellen Daten (vgl. 1.3.4.2.) behandelt werden. Auch *schichtspezifisch* (vgl. auch 1.3.3.2.) läßt sich ein Zusammenhang zwischen schlechterem objektiven Gesundheitszustand und niedrigeren sozialen Schichten feststellen (vgl. u.a. EITNER, TRÖGER u. MASIUS, 1971, EITNER et al., 1975, ROSENMAYR, 1976), der, wie LEHR (1979, S. 3o8) ausführt, auch "als Folge lebenslangen gesundheitlichen Fehlverhaltens" anzusehen ist.

Auf die Beziehungen zwischen schlechterem Gesundheitszustand und geringerem *Aktivitätsausmaß* wurde bereits unter 1.2.3.1. hingewiesen (vgl. auch 1.3.3.2.).

Eine weitere Verbindung besteht zwischen dem Ausmaß der Belastungen im gesundheitlichen Lebensbereich und dem *Selbstbild*.
Ältere Menschen zwischen 6o und 8o Jahren, die weniger von Einschränkungen und Schwierigkeiten in gesundheitlicher Hinsicht betroffen sind, haben eher ein günstigeres Bild von sich als die Gruppe mit stärkeren körperlichen Belastungen (THEISSEN, 197o, vgl. jedoch auch 1.3.3.2.).

1.3.3. SUBJEKTIVE GESUNDHEITLICHE DATEN

1.3.3.1. Die Bedeutung subjektiver gesundheitlicher Daten

Als wesentliche Ergänzung objektiver, also fremdeingeschätzter gesundheitlicher Daten, kann der besonders in der Gerontologie zunehmend als wichtig erachtete selbst beurteilte Gesundheitszustand gewertet werden. Eine Vielzahl in sich sehr unterschiedlicher Krankheiten können in ihren Auswirkungen leicht bis schwer oder auch lebensgefährlich sein, entscheidend für die Art der Selbsteinschätzung und damit den Grad empfundenen gesundheitlichen Wohlbefindens wird vornehmlich das Erleben einer Krankheit, der Umfang gefühlter Einschränkung gesundheitlicher Kompetenz, also körperlicher Leistungsfähigkeit,sein.

An dieser Stelle sei nochmals besonders auf die Kognitive Persönlichkeitstheorie (THOMAE 197o, 1971, vgl. 1.2.3.1.) hingewiesen, wonach weniger objektive Fakten Verhalten und Erleben bestimmen als die vom Individuum subjektiv wahrgenommenen).

Die empfundene körperliche Leistungsfähigkeit kann sich im Ausmaß verbleibender Kräfte oder z.B. auch im sensorischen Bereich zeigen, am ehesten jedoch im Grad eigener Beweglichkeit und Mobilität, die ja in starkem Maße den Umfang des persönlichen Lebensraumes, und das heißt der Fähigkeit zu Aktivitäten unterschiedlichster Art, also auch im Sinne sozialer Integration, steuert.

Subjektiv empfundene gesundheitliche Kompetenz muß daher auch als eine der grundlegenden Voraussetzungen für eine kontinuierliche eigene soziale Integration angesehen werden

und "gibt eher ein Einstellungs- und Erlebnissystem wieder als die tatsächliche physische und gesundheitliche Verfassung" (TISMER et al., 1975, S. 43).

So nimmt nicht wunder, daß sich die Bedeutung des gesundheitlichen Wohlbefindens auch in dem Wunsch von 99% aller Befragten über 55 Jahre (STERN-Repräsentativ-Befragung, 1977) nach bleibender Gesundheit zeigt und 22% der befragten alten Menschen Sorgen oder Hoffnungen hinsichtlich ihrer Gesundheit (TISMER, LANGE, ERLEMEIER, TISMER-PUSCHNER, 1975) äußerten.

1.3.3.2. Das Messen subjektiver gesundheitlicher Daten und empirische Ergebnisse

Hier muß unterschieden werden zwischen der Eigenbeschreibung spezifischer Krankheitssymptome oder des Beschwerdegrades, die das Finden einer objektiven ärztlichen Diagnose ja überhaupt erst ermöglichen, der freien Beschreibung, die später von Experten Kategorien zugeordnet wird, und der abgestuften subjektiven Beurteilung des allgemeinen gesundheitlichen Wohlbefindens wie auch besonders einzelner funktioneller Kompetenzen (vgl. 1.3.4.2.), wofür in einer gewissen Parallelität zur Ermittlung objektiver Daten u.a. sowohl Nominal- oder Ordinalskalen, zumeist aber mehrstufige Intervallskalen, wenn auch von Fall zu Fall in unterschiedlicher Höhe, eingesetzt werden. Beispiele für letztere können u.a. bei THOMAE/KRANZHOFF (1979, S. 25) und TISMER et al. (1975, S. 39) eingesehen werden.

Neben den Vorteilen, die sich durch die starke Berücksichtigung subjektiver gesundheitlicher Daten (vgl. 1.3.3.1.) bei der Erfassung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen ergeben, soll selbstverständlich die bestehende Problematik

bei der Gewinnung und Verwendung dieser Angaben hinsichtlich ihrer Validität und Standardisierung nicht unerwähnt bleiben (vgl. LEHR und THOMAE, 1966, S. 61 f.), obgleich BERGENER et al. (1977, S. 18) mit Blick auf die Forschung die Anstrengungen betonen, "standardisierte und validierte Instrumente zur Erfassung des Gesundheitszustandes zu entwickeln, die in einer Feldsituation auch von Nicht-Ärzten angewendet werden können (vgl. z.B. BLOOM und BLENKNER, 197o)".

Ergebnisse:

Stellt man den objektiven Daten Selbsteinschätzungen des gesundheitlichen Wohlbefindens durch ältere Menschen gegenüber, so ergibt sich folgendes Bild:

Soweit es sich um allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand handelt, ist zunächst festzustellen, daß zwischen der medizinischen Beurteilung und dem eigenen Urteil oft erhebliche Diskrepanzen auftreten.

In der unter 1.3.2.2. bereits erwähnten geriatrischen Studie in Münster war jeder fünfte Befragte, der sich im Interview als gesund bezeichnete, nach dem medizinischen Urteil durch gesundheitliche Beeinträchtigungen stark belastet.

Verglichen mit der ärztlichen Einschätzung, zeigte sich auch in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie ein Trend zu einer eher positiveren Beurteilung ("Gesundheitsoptimismus", vgl. LEHR,1979, S. 277) bei fast 5o% der Gesamtstichprobe (vgl. LEHR, THOMAE, SCHMITZ-SCHERZER, 1972).

In der groß angelegten Studie von TISMER et al. (1975, N = 1o.ooo, Altersspanne 5o - 95 Jahre), gaben 51.5% ihren Gesundheitszustand als befriedigend an, 26.2% schätzten ihn als gut, 4.5% als sehr gut ein. Als schlecht empfanden ihn

11.9%, als sehr schlecht 2.7% (vgl. BÖTTICHER, 1973, S. 11, und TEWS, 1979, S. 269).

Auch hier können ergänzend Daten der STERN-Repräsentativ-Befragung (1977) angeführt werden mit einer Stichprobe von 1.98o Personen über 55 Jahre. 66% der Bevölkerung ab 55 Jahre ist zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand.

Bei weiterer Differenzierung nach *Geschlechtszugehörigkeit* und *chronologischem Alter* zeigte sich für die Altersgruppe von 55 - 74 Jahre zwischen den Beurteilungen von Männern und Frauen kein Unterschied. Dieser trat erst in der Altersgruppe ab 75 Jahre auf. Hier wird die eigene gesundheitliche Beurteilung schlechter, doch nur jeder dritte Mann klagt hier über seine Gesundheit, während dies bei jeder zweiten Frau der Fall ist.

Trotz selbst eingeschätzter Zufriedenheit mit der Gesundheit nehmen allerdings diese älteren Menschen sehr häufig bis häufig den Arzt in Anspruch,und mehr als 5o% nimmt täglich mindestens ein Medikament ein. Bei den Frauen ist dies bei 69% täglich/fast täglich der Fall.

In der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie fanden sich entsprechende Ergebnisse. Männer geben ein stärkeres gesundheitliches Wohlbefinden an als Frauen, (vgl. auch BLUME, 1964, S. 688 u. SCHMITZ-SCHERZER, 1977), wobei sich wiederum die ältere Männergruppe die besten Werte zumaß. Auch wurden von ihnen weniger Beschwerden genannt als von der jüngeren Männergruppe. Es ist weiter festzuhalten, daß 6ojährige Frauen ihr gesundheitliches Wohlbefinden ähnlich beurteilen wie gleichaltrige Männer, 7ojährige Frauen hingegen schlechter, aber besser als gemäß den objektiven ärztlichen Daten zu erwarten.

Abermals ist bei den Männern gegenüber den Frauen verstärkt eine bessere Selbsteinschätzung festzustellen und wiederum stärker bei den 7o-75jährigen.

Es erscheint interessant, daß sich ähnliche Tendenzen auch international wiederfinden. SACHUK (1963, zitiert nach LEHR, 1979, S. 276) stellte in einer Studie an 1800 Befragten über 80 Jahre fest, daß diese im Selbsturteil ihren Gesundheitszustand eher als mittelmäßig bezeichnen, während das medizinische Urteil diesen unter Einbeziehung auch der Kategorien "ganz gesund" bis "krank" oder "sehr krank" viel stärker aufschlüsselte.

Diese Fakten werden ergänzt durch Ergebnisse der bekannten vergleichenden Studie in Dänemark, Großbritannien und den USA (SHANAS, TOWNSEND, WEDDERBURN, FRIIS, MILHOJ und STEHOUWER, 1968). Auch hier bezeichnete von den über 65jährigen jeder Zweite seinen Gesundheitszustand als gut und wiederum Männer gegenüber Frauen vermehrt. Allerdings zeigte sich, worauf LEHR (1979, S. 276) hinweist, eine Abweichung bei der Gruppe der gerade aus dem beruflichen Leben ausgeschiedenen 60-65jährigen Männer, die sich gesundheitlicher schlechter beurteilen als gleichaltrige Frauen.

Bemerkenswert scheint hier die Tatsache, daß über 80jährige Personen sich gesundheitlich besser beurteilen als jüngere, was in der Interpretation auf den Vergleich mit Gleichaltrigen zurückgeführt wurde (vgl. TISMER-PUSCHNER et al., 1972, S. 29 und TISMER et al., 1975, S. 43).

Ein gewisser Überblick über *Art und Häufigkeit auftretender Krankheiten* in der älteren Generation läßt sich ebenfalls über subjektive Angaben gewinnen, wie sie sich im Mikrozensus niederschlagen.

Als Ergebnis des Mikrozensus 1976 (vgl. TEWS, 1979, S. 271) litten kranke Personen über 65 Jahre nach eigener Aussage an folgenden in der Rangreihe ihrer Häufigkeit angeordneten Krankheiten:

Tab. 2 : Kranke Personen bei den über 65jährigen nach Art der Krankheit je 1o.ooo Einwohner

	65+	65-7o	7o-75	75+
Krankheiten des Kreislaufsystems	1179	1o12	1181	1367
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	512	487	534	517
Krankheiten der Atmungsorgane	363	342	39o	362
Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	352	336	383	343
Krankheiten des Blutes, sonstige und anderweitig nicht einzuordnende Krankheiten	352	133	2o6	465
Krankheiten der Verdauungsorgane	254	263	276	224
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	116	115	1o7	125
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	42	-	-	-
Neubildungen bösartigen, gutartigen und unbekannten Charakters	4o	-	-	-
	3376	2984	3418	3773

Als krank galten hierbei Personen, die sich u.a. "zum Zeitpunkt der Befragung oder in einem vierwöchigen Berichtszeitraum so in ihrem Gesundheitszustand beeinträchtigt fühlten, daß sie ihrer üblichen Beschäftigung ..... nicht voll nachgehen konnten" (S. 27o), wobei von einer chronischen Krankheit gegenüber einer akuten ausgegangen wurde, wenn sie länger als sechs Wochen andauerte. Als chronisch krank bezeichneten sich 82% der über 65jährigen, wobei die Frauen überwogen.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, führen auch diese durch Eigenaussage gewonnenen Angaben zu ähnlichen Ergebnissen wie die objektiv ermittelten (vgl. 1.3.2.2.). Krankheiten des Kreislaufsystems, des Skeletts, der Muskeln und der Bindegewebe nehmen die ersten Rangplätze ein, wobei die Zunahme der Krankheiten des Kreislaufsystems mit steigendem Alter auffällt. Die mit wachsendem Lebensalter vermehrte Häufigkeit auftretender Krankheiten insgesamt erfaßt bei den über 75jährigen 35% der Männer und 39% der Frauen.

Es ist zu ergänzen, daß ganz allgemein empirische Befunde darauf hinweisen, daß jeder Zweite im Alter von 65 und mehr Jahren nach seinen eigenen Angaben unter einer mehr oder weniger schweren Krankheit leidet (vgl. TISMER et al., 1975, S. 83) und auch in der vorerwähnten geriatrischen Studie in Münster die Probanden mit einer Einschätzung ihres Gesundheitszustandes als "schlecht" oder "sehr schlecht" auf einer 5-stufigen Skala mindestens e i n e Krankheit oder e i n chronisches Leiden hatten.

Im Hinblick auf Korrelate des subjektiven gesundheitlichen Befindens ganz allgemein kann die Aussage von LEHR (1979, S. 28o) gelten: "Die Art und Weise, in der ..... gesundheitlichen Störungen wahrgenommen und als mehr oder minder bedeutsam erlebt werden, wird durch die biographische Gesamtsituation des Individuums bestimmt, d.h. durch bisherige lebenslange Erfahrungen, durch die Persönlichkeitsstruktur, durch innere und äußere Gegebenheiten der gegenwärtigen Lebenssituation mit ihren sozialen Bezügen, wie auch nicht zuletzt durch Art und Ausmaß der individuellen Zukunftsorientierung."

So zeigt sich neben der bereits behandelten Zusammenhängen hier eine bedeutsame Beziehung zur *Schulbildung*. Ältere Menschen mit höherer Schulbildung nennen gesundheitliche Beschwerden seltener als jene mit Volksschulabschluß, die wiederum auch häufiger Beschwerden beim Treppensteigen (vgl. 1.3.4.3.) angeben (TISMER et al., 1975, S. 32). In dieser Gruppe finden sich weiterhin Zusammenhänge zu einem *niedrigeren Einkommen* (vgl. BLUME, 1968, S. 45 und TISMER et al., 1975, S. 35). Letztere Autoren weisen auch ausdrücklich daraufhin, daß es sich bei der Gruppe, auf die diese Beschreibung zutrifft, vorwiegend um ältere Frauen handelt (vgl. auch LEHR, 1978), jedoch Einkommen und Sozialstatus auch bei gesundheitlich stärker belasteten Männern niedriger liegen (vgl. LEHR, THOMAE, SCHMITZ-SCHERZER, 1972).

Auch das *Freizeitverhalten* wird durch subjektiv empfundene Belastungen in weiten Kategorien reduziert und zwar sowohl nach Anzahl und Häufigkeit (SCHMITZ-SCHERZER, 1969, 1974, 1976).

Von besonderem Einfluß ist das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden weiter auf den erlebten Umfang von *Sozialkontakten*.

Die Familie gewinnt besonders an Gewicht bei einer Veränderung des gesundheitlichen Wohlbefindens. "Die über 65jährigen, die weniger über körperliche Beschwerden zu klagen hatten, wa-

ren mit objektiv selteneren familiären Kontakten zufriedener als jene Befragten, denen es gesundheitlich weniger gut ging, die sich beeinträchtigt fühlten, auch wenn letztere objektiv mehr Kontakte hatten" (LEHR, 1979, S. 244). (Vgl. hierzu auch TISMER et al., 1975, S. 62).

Hierdurch wird auch die Frage der *Einsamkeit* älterer Menschen berührt, die ja im Gegensatz zu einer anhand des objektiv feststellbaren Kontaktumfangs zu überprüfenden Isolation die subjektive Komponente, d.h. das Erleben von Sozialkontakten, spiegelt (vgl. TUNSTALL, 1966), wobei Isoliertheit und empfundene Einsamkeit nicht parallel zueinander verlaufen müssen.

LEHR (1979, S. 245) : "Das Ausmaß der Einsamkeitsgefühle ist eher eine Funktion der Erwartungen hinsichtlich der Eltern-Kind-Beziehungen und hinsichtlich anderer Sozialkontakte als eine Funktion der tatsächlichen Kontakte."

TUNSTALL (1966) fand folgende Ergebnisse: Personen mit schlechterem Gesundheitszustand äußern Gefühle der Einsamkeit häufiger (47.5%) als bei subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden. Einsam fühlen sich eher Frauen als Männer, eher Witwen als Verheiratete, eher Personen über 75 Jahre, eher Menschen mit sehr geringem Interessenumfang sowie Unzufriedene und Unsichere, aber weniger Männer und Frauen mit mehr Beziehungen zu Freunden, Bekannten, Verwandten und Nachbarn (TISMER et al., 1975, S. 64/67). Letztere Autoren konnten auch "einen Zusammenhang zwischen einer nachhaltiger empfundenen Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit einerseits und geringerer Sicherheit im Gesamtverhalten andererseits feststellen" (S. 155).

Demgemäß wiesen THOMAE, ANGLEITNER, GROMBACH, SCHMITZ-SCHERZER (1973) unter Hinweis auf die Bonner gerontologische Längsschnittstudie darauf hin, daß die Männer und Frauen, die unter Belastungen im sozialen Bereich standen, ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter einschätzten als jene, die von

keinen Belastungen berichteten. Die letztere Gruppe zeigte ferner ein geringeres Ausmaß an Intoleranz und eine positivere Einstellung zu anderen, zu ihrer Gesamtsituation und zu ihrer Zukunft.

Als letztes soll auf den Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden und *Selbstbild* älterer Menschen eingegangen werden (vgl. auch 1.3.2.2.). Es muß gesehen werden als "Ausschnitt des Lebensraumes, innerhalb dessen das Individuum sich quasi selbst auffaßt und darstellt" (OPGENOORTH, 1971, S. 21) und der durch gesundheitliche Schwierigkeiten zunehmend eingeschränkt werden kann (vgl. 1.3.4.2. und 1.3.4.3.). Hier zeigen sich die Folgen abnehmender eigener körperlicher Leistungsfähigkeit und Selbständigkeit im Sinne geringerer Selbstachtung besonders deutlich. Allerdings warnt THEISSEN (197o, S. 32 f.) bei diesen Zusammenhängen vor einer Generalisierung und hält neben der Berücksichtigung der gesamten Biographie eines Menschen und seiner Stellungnahme zum eigenen Schicksal vor allem (S. 36) die Beachtung der subjektiven Feststellung für wichtig, "inwieweit man den durch die Gruppe gesteckten und den selbstgesetzten Ansprüchen und Erwartungen genügt (WYLIE, 1961)", bzw. "die Identifikation mit der Gruppe alter Menschen in ausgeprägter Weise vollzogen ist" (S. 212). Es ist zu bemerken, daß "Altsein" hierbei grundsätzlich zunächst als negativer Aspekt angesehen wird (vgl. auch TEWS, 1979, S. 21).

1.3.4. FUNKTIONELLE GESUNDHEITLICHE DATEN

1.3.4.1. Die Bedeutung funktioneller gesundheitlicher Daten

Werden ärztlicherseits, also objektiv, medizinische Untersuchungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes bzw. von Krankheitssymptomen in Form von mehr oder weniger umfangreich erhobenen Befunden durchgeführt, so führen diese letztendlich zu einer Diagnose, die jedoch in sich nichts über den funktionellen Zustand und die funktionellen Beeinträchtigungen von Organen oder des gesamten Organismus' aussagt.

Wird Krankheit dagegen vom Blickwinkel der funktionellen Einschränkungen aus beurteilt (vgl. 1.3.1.), so vermögen diese stärker differenzierenden Daten häufig besonders die subjektiven Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes zu begründen bzw. zu erhellen. Wie bereits erwähnt (vgl. 1.3.3.1.), scheint einsichtig, daß die Beurteilung eigenen gesundheitlichen Wohlbefindens weitgehend vom Ausmaß vorhandener funktioneller Einschränkungen im Sinne empfundener Behinderungen (vgl. 1.3.4.3.) abhängt und zwar vornehmlich hinsichtlich der sensorischen Fähigkeiten wie auch in besonderem Maße der eigenen Mobilität, also der körperlichen Beweglichkeit, die wiederum auch durch sensorische Einbußen in Mitleidenschaft gezogen sein kann.

Aus diesem Grunde geht die Forschung bei älteren Menschen allmählich stärker dazu über, den Grad ihrer physischen Gesundheit auch über das Ausmaß ihrer funktionellen Fähigkeiten bzw. Einschränkungen und Behinderungen, d.h. über die Auswirkungen gesundheitlicher Veränderungen, zu erfassen und vor allem auch zu messen.

SHANAS und MADDOX (1976) stellen hierzu fest (S. 596):

> "Health in the age is usually defined in one of two ways: either in the terms of the presence or absence of disease, or alternatively, in terms of how well the older person is functioning. A definition in terms of pathology or disease states is commonly used by health personnel, particularly physicians. We can call this a medical model or perspective on health. A judgement of health based on the presence or absence of pathology is the result of observation, examination, and the findings of laboratory tests. .....
> An alternative way of defining health among the elderly is based not on pathology but on level of functioning (HABER 1967, 1969, 197o, KATZ, DOWNS, CASH, and GROTZ, 197o, HARRIS, COX, and SMITH 1971, LAWTON 1971, SHANAS 1971, 1974).
> This perspective has been summarized by a World Health Organization Advisory Group (1959). This group states" .... health in the elderly is best measured in terms of function;.... degree of fitness rather than extent of pathology has to be used as a measure of the amount of services the aged will require by the community." "

TEWS (1979, S. 272) weist in diesem Zusammenhang auf die Bestrebungen der WHO (1976, WOOD,1975) zur terminologischen Differenzierung und Klassifikation von Schädigungen (impairments), Behinderungen (disabilities) und behinderungsbedingten Auswirkungen (handicaps) auf die Lebenssituation der Betroffenen hin. Er erläutert:

> "Schädigungen (impairments) sind demnach dauerhafte oder vorübergehende psychologische, physiologische oder anatomische Verluste, Veränderungen und/oder Abnormalitäten. Dazu gehören z.B.: intellektuell-mentale Schädigungen, Hör-, Seh- und Sprachstörungen, Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates usw. Diese Schädigungen müssen noch nicht zu funktionellen Einschränkungen führen, und sie können u.U. leicht kompensiert werden (z.B. Einschränkungen der Sehfähigkeit).
> Sind funktionelle Einschränkungen gegeben, die zu teilweiser oder völliger Aufgabe von bisher oder normalerweise ausgeübten Aktivitäten führen, bedingt durch Einschränkungen beim Gehen, Sehen, Sprechen, Hören, Lesen, Schreiben, Nahrungsaufnahme usw., so wird von Behinderungen (disabilities) gesprochen. Diese Schädigungen wiederum können kurz- oder langfristig, dauerhaft oder wieder aufhebbar, statisch oder progredient sein. Behinderung ist Verlust oder Reduktion der funktionellen Leistungsfähigkeit aufgrund einer Schädigung. Dabei ist es wiederum sinnvoll, funktionelle Einschränkungen (teilweise oder völlige Unfähigkeit, spezifische geistige, motorische, sensorische oder andere physische Funktionen im Rahmen der "normalen Erwartungen" an das Individuum) und Aktivitätseinschränkungen zu unterscheiden."

Obgleich hier zu berücksichtigen ist, daß diese Klassifikationen nicht nur für ältere Menschen gebildet wurden, können auch sie gerade bei dieser Altersgruppe als eine Möglichkeit verstanden werden, das chronologische Alter nicht mehr allein als Ausgangspunkt verallgemeinernder Rückschlüsse auf das Alternsgeschehen im Sinne eines negativen Alterssstereotyps, also eines zunehmenden körperlichen Verfalls, anzusehen, sondern vielmehr zu differenzierten Aussagen - die hier besonders den gesundheitlichen Bereich betreffen - über die Ermittlung der Voraussetzungen des individuell unterschiedlichen "funktionellen Alters" (BIRREN,1969), als dem für die Beurteilung eines Menschen echten Alters im Sinne unterschiedlicher Abstufungen allgemeiner Kompetenz und der Messung ihrer Veränderung mit der Absicht zu gelangen, so gezielt wie möglich geeignete Interventions-, Rehabilitations- und Unterstützungsmaßnahmen (vgl. 1.4.2.) bei älteren Menschen einzuleiten.

Es müssen in diesem Zusammenhang auch die geistigen Fähigkeiten erwähnt werden.

Geistige Fähigkeiten, d.h. z.B. das Vorhandensein oder Fehlen eines bestimmten Intelligenzniveaus oder von Verwirrtheitszuständen, lassen sich zwar nicht eindeutig unter die funktionellen gesundheitlichen Fähigkeiten einordnen, da geistige Veränderungen nicht unbedingt eher somatische funktionelle Beeinträchtigungen mit sich bringen müssen. Andererseits sind geistige Beeinträchtigungen, etwa in Form gravierender Gedächtniseinbußen oder weiterer kognitiver Störungen, die sowohl den Einsatz funktioneller als auch vor allem sozialer Fähigkeiten und damit eine unabhängige Lebensführung erheblich in Mitleidenschaft ziehen oder unmöglich werden lassen können, auch bei älteren Menschen vornehmlich über das Verhalten zu erkennen. Weiter ist zu beachten, daß Gedächtnis und Lernfähigkeit, die Voraussetzung für gezielte Interventionsmaßnahmen (vgl. 1.4.2.), nicht voneinander zu trennen sind. Es gilt also, besonders im höheren Alter, den Umfang, aber im weiteren auch Konstanz und

Veränderung über die Zeit von Gedächtnisleistung, sowie Wahrnehmungs- und Orientierungsvermögen festzustellen und zu messen, um zum einen generell die Widerlegung des DEFIZIT-Modells (vgl. LEHR,1972) besonders im Hinblick auf intellektuelle Kompetenzen zu unterstützen, zum anderen jedoch einen durch eine Fülle anderer Faktoren als das chronologische Alter bedingten, d.h. entweder somatisch verursachten oder auch durch den Mangel an sensorischer Stimulation entstandenen Beginn und Verlauf einer seelisch/geistigen Abhängigkeit so früh wie möglich zu erkennen und ihr durch das Angebot kognitiver Hilfen (vgl. LEHR, 1979, S. 247/248) rechtzeitig Einhalt zu gebieten. Anderenfalls kann auch durch eine hierbei entstehende verminderte Fähigkeit der Speicherung, Verarbeitung und adäquaten Verwendung von Informationen aus der Umwelt die Gefahr unangepaßten Verhaltens wachsen (vgl. OLBRICH, 1978, S. 134).

1.3.4.2. Das Messen allgemeiner funktioneller gesundheitlicher Daten und empirische Ergebnisse

Funktionelle gesundheitliche Fähigkeiten lassen sich - bei Heranziehung unterschiedlicher Meßinstrumente und -skalen - zum einen entlang spezifischer Einzelkriterien, wie z.B. Mobilität bzw. Bettlägrigkeit oder Funktionstüchtigkeit der Sinne, also Hören, Sehen u.a.m., messen. Hierzu gehören u.a. gezielte objektive Tests zum Messen psychomotorischer Fähigkeiten, die LEHR (1979, S. 97), unter Bezug auf WELFORD als "jene erworbenen Verhaltensmuster von völlig aufeinander abgestimmten koordinierten willentlichen Bewegungen, die auf eine bestimmte Situation bzw. auf einen bestimmten Stimulus hin erfolgen" definiert, angeführt werden.

Diese Tests können auf unterschiedliche Funktionsbereiche gerichtet sein, etwa auf sensorische Prozesse, also z.B. Dis-

kriminanzaufgaben, kognitive Prozesse, z.B. hinsichtlich der Integration und adäquaten Verarbeitung verschiedener Signale, oder motorische Prozesse, die komplizierte Bewegungsabläufe verlangen (vgl. LEHR,1979, S. 97/89). Hierbei werden also Reaktions- und Informationsverarbeitung, d.h. der Geschwindigkeitsfaktor und Art und Umfang auch von Problemlösefähigkeiten erfaßt. Zu diesen Tests gehören u.a. das Kieler Determinationsgerät von MIERKE zum Messen sensomotorischer Belastbarkeit und der Pursuit-Rotor zum Messen motorischer Anpassungsleistungen.

Geistige Fähigkeiten ganz allgemein können durch eine Reihe von Intelligenz-Tests, die jedoch für die vorliegende Studie nicht von Relevanz sind, in unterschiedlicher Form gemessen werden. Insgesamt wird dabei auch unterschieden, ob sie einer psychiatrischen Diagnose dienen oder eher den unterschiedlichen Umfang "normaler" geistiger Fähigkeiten feststellen bzw. messen sollen.

Zum spezifischen Messen von Gedächtnisleistungen kann neben einigen Untertests der WECHSLER-Skalen (HAMBURG-WECHSLER-INTELLIGENZTEST FÜR ERWACHSENE, 1956) u.a. der BENTON-Test (1955) herangezogen werden.

Alle funktionellen Einzelfähigkeiten lassen sich im übrigen auch sowohl im Fremdurteil (dabei Gedächtnisleistungen z.B. im Hinblick auf den generellen Realitätsbezug, auf räumliche oder zeitliche Orientierungsfähigkeit) über mehrstufige Intervallskalen als auch in der Selbsteinschätzung (dabei Gedächtnisleistungen z.B. über die subjektive Beurteilung von damit in besonderem Umfang verbundenen Verhaltensweisen) messen.

Ergebnisse:

Es sollen hier sowohl objektiv als auch subjektiv gewonnene Daten herangezogen werden.

Aus der STERN-Befragung (1977): Jeder Dritte ab 55 Jahre hat nach eigener Aussage sich mit körperlichen Behinderungen (am häufigsten Gehbehinderungen) auseinanderzusetzen, die bei Männern und Frauen in gleicher Häufigkeit auftreten und mit wachsendem Alter zunehmen. Während nur jeder Sechste ab 55 Jahre behindert ist, trifft diese Bezeichnung auf mehr als jeden Zweiten ab 75 Jahre (an erster Stelle Gehbehinderungen, gefolgt von Seh- und Hörbehinderungen) zu. Nur 46 % der körperlich Behinderten sind mit ihrem Gesundheitszustand gegenüber 76 % der Nicht-Behinderten zufrieden.

In der Studie von MOORE (1968, zitiert nach TEWS, 1979) zeigten sich bei zwei von fünf Personen in der Altersgruppe der 65-75 jährigen eine funktionelle Schädigung, in der Altersgruppe der über 75jährigen bei mehr als drei von fünf Personen, wobei es sich am häufigsten um Hör- und Sehschädigungen handelte. Allerdings zeigten sich auch bei einem Drittel der Stichprobe keine Einschränkungen durch dauerhafte Schädigungen.

BERGENER et al. (1979, vgl. 1.3.2.2.) stellten nach objektivem medizinischen Urteil bei der von ihnen untersuchten Stichprobe von 235 nicht institutionalisierten Personen über 65 Jahre bei 84,7 % Sehstörungen und bei 42,1 % Hörstörungen fest, wobei die Sehstörungen an erster Stelle der auftretenden allgemein-körperlichen Erkrankungen lagen, die Hörstörungen nach kardiovaskulären Störungen (zweite Stelle) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (dritte Stelle) an vierter Stelle. Es muß hierzu allerdings gesagt werden, daß diese Störungen objektiv noch nicht als ausgesprochene Behinderungen angesehen wurden, die diese Autoren gesondert numerisch auflisteten. Bei ihrer Spezifizierung (N = 235) nach Behinderungen aufgrund von Gehbehinderungen, Bettlägrigkeit, Blindheit, Schwerhörigkeit zeigten 74,o % keine Behinderungen, 19,6 % eine, 5,5 % zwei und o,9 % drei und mehr. Wurden die Behinderungen nur auf die eigene Mobilität bezogen (Gehbehinderungen ohne Stock, mit Stock, Rollstuhl, Bettlägrigkeit), so lagen bei 86,4 % keine dieser Mobilitätsstörungen vor, bei 13,6 % eine oder mehrere (S. 212).

Wird das Ausmaß der funktionellen Behinderungen allein vom Status ständiger Bettlägrigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit aus betrachtet, so bietet sich folgendes Bild:

Deutsche Untersuchungen (BLUME 1968, 197o) an nicht institutionalisierten Personen über 65 Jahre ergaben an ständiger Bettlägrigkeit 1 %, an häufiger Bettlägrigkeit 7 % in Großstädten mit geringfügigen Abweichungen für Mittelstädte und Landkreise (vgl. TEWS, 1979, S. 274), wobei auch bereits relativ jüngere Frauen wie auch Frauen allgemein eine vermehrte Pflegebedürftigkeit aufweisen als Männer, die sodann insgesamt für die höheren Altersgruppen steigt. Bei den 8o - 85jährigen bezeichnen sich 5 %, bei den über 85jährigen 7 % als dauernd pflegebedürftig.

International ergab sich anhand der vorerwähnten Studie von SHANAS et al. (1968) das Ergebnis von 2-3 % beständig Bettlägriger über 65jähriger und 4 - 15 % ans Haus Gebundener (mit einem höheren Prozentsatz an Frauen). Allerdings (vgl. TEWS, 1979, S. 273/75), und darauf kommt es an, wurden in dieser internationalen Vergleichsstudie zwischen 82 und 95 % der Befragten als "ambulatory" angesehen, d.h. ohne schwerwiegende Einschränkungen in der eigenen Mobilität.

Tritt diese hinsichtlich der Schwierigkeit, aus dem Hause zu gehen, in Erscheinung, so eher bei Frauen als bei Männern. (Es wird in diesem Zusammenhang auch auf den relativ geringen Prozentsatz ständig Bettlägriger bzw. in ihrer Mobilität schwer Behinderter im Heimen hingewiesen, vgl. 1.4.5.2.). Als ernsthaft behindert konnten in der Studie von SHANAS jeweils 5 % in Dänemark, 6 % in Britannien und 4 % in den USA bezeichnet werden. Diese Personen waren in der Regel über 8o Jahre alt, häufiger unverheiratet und Frauen.

Zur geistigen Leistungsfähigkeit (umfassende Darstellung bei LEHR, 1979) besonders im Hinblick auf Gedächtnisleistungen kann mit LEHR (1979, S. 94, vgl. auch LEHR 1977) am Beispiel der Lernfähigkeit ausgesagt werden: "Die Defizit-Kurve der Lernfähigkeit, die seit THORNDIKE (1928) ihren Einfluß ausübt und die heute noch zu der weitverbreiteten Annahme eines Nachlassens der Lernfähigkeit vom 3o. Lebensjahr an führt, kann höchstens die Gedächtnisleistungen bzw. der Merkfähigkeit (unter ganz spezifischen Bedingungen) wiedergeben, die früher fälschlicherweise als die Leitlinien der Lernfähigkeit betrachtet wurden."

Wenn auch Ergebnisse des von WECHSLER bereits 1939 entwickelten und später überarbeiteten WECHSLER-BELLEVUE ADULT INTELLIGENCE SCALE schon recht früh auf altersbeständige und weniger altersbeständige Leistungen hinwiesen (unter die letzteren fallen u.a. Gedächtnis, Merkfähigkeit, geistige Wendigkeit, Umstellungsfähigkeit und psychomotorische Geschwindigkeit), so wurden diese seinerzeit weder durch Längsschnitte überprüft noch nach zusätzlichen Variablen differenziert.

Untersuchungen zum Kurzzeitgedächtnis älterer Menschen lassen inzwischen erkennen, daß hierbei lediglich mit einer gewissen Verringerung bzw. Umstrukturierung des Kurzzeitgedächtnisses gerechnet werden muß, jedoch, wie LEHR (1979, S. 91) im Hinblick auf die Lernfähigkeit betont, "nicht als bloße Folge eines "Spurenverfalls" oder der Interferenz, sondern als Folge eines zunehmenden Defizits in der Verschlüsselung und Registrierung von neu aufgenommenem Material." Allgemein sind ältere Menschen in experimentellen Untersuchungen in der Kurzzeitspeicherung sowie in der Bildung einer dauerhaften Spur zwar Jüngeren unterlegen (vgl. LEHR, S. 87),sofern hier vorwiegend sinnloses Material behalten werden sollte, doch stellt LEHR (S. 91) unter Hinweis auf Untersuchungen von CRAIK (1968) demgegenüber fest, daß über die Erhaltung des Kurzzeitgedächtnisses für sinnvolles Material bis zu 69 Jahren "bemerkenswert" sei.

SCHAIE und SCHAIE (1977) vermuten, daß "the age at which an item was learned may be more important than the age at which it is recalled" (S. 7o8).

ISRAEL (1976) informiert über ihre Studie, in der 3o Personen zwischen 18 und 25 Jahren und 3o Personen zwischen 65 und 75 Jahren hinsichtlich ihrer Leistungen in einer Reihe von Gedächtnis-Tests verglichen wurden.

Auch hier zeigte sich, daß im höheren Alter beibehalten werden konnte (S. 47):

" - retention of the distant past; that is, old memories are retained and can be called up.

- retention of the recent past (when it is a question of reproducing what has actually been stored); that is, storing of information and ability to recall and voluntary recognize material that has been the subject of more recent systematic learning.

- in both groups, the logical organization of data; that is the automatic compensation of spontaneous memorizing processes by the use of references structures into which the objects to be memorized are inserted."

Veränderungen in Richtung einer Verringerung bei den Älteren ergaben sich für folgende Bereiche:

" field of data apprehension, spontaneous memorizing, at very short term, fixation of data, evocatory activity, capacity for voluntary concentration and diffused attention."

ISRAEL betont - was zu erwarten war - die größere *Streuung* der Resultate in der Gruppe der älteren Personen.

Ergänzend hierzu sollen die von BERGENER et al. (1979, S. 148) gefundenen Ergebnisse wiedergegeben werden:

"Keine Gedächtnisstörungen boten 123 (51.9%) der untersuchten Personen. Die am häufigsten gefundene Störung des Gedächtnisses waren Ausfälle im Frischgedächtnis mit insgesamt 78 Nennungen, wobei es jedoch nur in 15 Fällen zu mittleren oder schwereren Störungen kam. Bei dieser Störung handelt es sich um

> eine Erinnerungsstörung für kurz (Minuten, Stunden oder Tage) zurückliegende Ereignisse. Bei den mittleren und schweren Störungen des Frischgedächtnisses finden sich deutlich ausgeprägte Gedächtnislücken für aktuelle Ereignisse bzw. die praktisch vollständige Unfähigkeit der Erinnerung an aktuelle Ereignisse..... 62 Nennungen fanden sich unter dem Merkmal einer Störung der Konzentrationsfähigkeit, wobei diese bei 11 Nennungen mittel bis schwer ausgeprägt war."

Zur Merkfähigkeit berichten BERGENER et al. (S. 148):

> "Wir fanden die Merkfähigkeitsstörung für Wörter und Zahlen am deutlichsten ausgeprägt mit insgesamt 53 bzw. 51 Nennungen, wobei 16 bzw. 15 Nennungen auf mittlere bzw. schwere Merkfähigkeitsstörungen für Wörter und Zahlen hinwiesen. Die Merkfähigkeit für Gegenstände, Formen und Farben war deutlich geringer gestört. Hierbei fanden sich insgesamt nur 59 Nennungen."

In 6 Fällen fand sich eine mittlere bis schwere Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungserlebnisse und Informationen in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll miteinander zu verbinden.

Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung von Intelligenz-, also auch Gedächtnisleistungen im höheren Alter sind jedoch eine Reihe von Faktoren (Ausgangsbegabung, Schulbildung, berufliches Training, sozialer Status, stimulierende Umgebung, biographische Momente, motivationale Bedingungen und Gesundheitszustand (vgl. LEHR, 1979)), unter denen das chronologische Alter nur einen geringen Einfluß hat.

Die gerontologische Forschung neigt allmählich stärker dazu (vgl. auch KLONOFF und KENNEDY, 1966) den Faktor *Gesundheit* als einen d e r leistungsbestimmenden Faktoren anzusehen.

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Untersuchung von DUJOUNE und LEVY (1971, vgl. SCHAIE und SCHAIE, 1977, S. 7o8), die Items der WECHSLER Memory Scale für eine Gruppe objektiv Gesunder zwischen 16 und 71 Jahren sowie eine Gruppe psychiatrischer Patienten zwischen 16 und 72 Jahren faktorenanalysierten. Sie suchten nicht nach Unterschieden in den Al-

tersstrukturen, sondern fanden diese zwischen den beiden untersuchten Gruppen. Hierbei stellten sie fest, daß gemäß der faktoriellen Anordnung die Items eher nach drei Scores als nach einem allgemeinen Gedächtnisquotienten gruppiert werden konnten.Die Faktorenbezeichnungen für die Gruppe der Gesunden gibt die Art der gemessenen Funktionen an: 'General retentiveness', 'simple learning' und 'associational flexibility'.

Auch in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie errechnete RUDINGER (1971) bei der Erstuntersuchung 1965/66 zur vorhandenen Intelligenz mit dem HAWIE einen auf das Lebensalter entfallenden Varianzanteil von lediglich 4 - 4.5% der Gesamtvarianz der allgemeinen Intelligenz. Hingegen entfielen weitaus größere Varianzanteile u.a. auf die Schulbildung (19% der Gesamttestleistung, 21% im Verbalteil, 13 - 14% im Handlungsteil), wie auch (8 - 1o%) auf die allgemeine Gesundheit. Im weiteren zeigten sich auch bei den psychomotorischen Leistungen (vgl. 1.3.4.2.) am MIERKE-Gerät (MATHEY, 197o) neben hohen Korrelationen zu den erlangten Intelligenzwerten u.a. bedeutsame Beziehungen zum objektiven Gesundheitszustand und hierbei auch zum chronologischen Alter. Entsprechend ergaben die Leistungen am Pursuit-Rotor (vgl. 1.3.4.2.) neben einem Zusammenhang zu erlangten Intelligenzwerten eine hohe Korrelation zum objektiven Gesundheitszustand, wobei auftretende sklerotische Symptome zu schlechteren Werten führten (SCHMITZ-SCHERZER und OBERWITTLER, 1972).

Auch SPIETH (1965), (zitiert nach LEHR, 1979, S. 79) konnte feststellen, daß "gesunde und arbeitsfähige Personen zwischen 2o und 6o Jahren, die an vom Arzt als "leicht bis mittelmäßig" eingestuften Herzkranzgefäßstörungen und Hypertonie litten, in einer Reihe von Leistungs- und Reaktionstests schlechter abschnitten als die ganz Gesunden."

Offenbar aber fällt den Gedächtnisleistungen innerhalb der Beziehungen zwischen Intelligenzumfang und Gesundheitszustand eine besondere Rolle zu, als gesundheitlich bedingte Intelligenzeinbußen nicht zwangsläufig auch Gedächtnisverschlechterungen einschließen müssen. So zeigten sich in der BETHESDA-Altersstudie (BIRREN et al., 1963) Unterschiede bei einer Vielzahl anderer Aufgaben des WAIS zwischen der Befragtengruppe mit 'optimalem Gesundheitszustand' und jener mit 'etwas beeinträchtigtem Gesundheitszustand', nicht aber bei der Überprüfung des Kurzzeitgedächtnisses ('Zahlennachsprechen') (vgl. LEHR, 1979, S. 76). Wesentliche Aussagen zu den Bedingtheiten eines Gedächtnisabfalles durch gesundheitliche Beeinträchtigungen können demgemäß erst über eine differenzierte Beschreibung der Art dieser Beeinträchtigungen gemacht werden. WALTON (1958) berichtete über einen hohen Prozentsatz geringer Unterschiede nach einem *einmaligen* Durchgang der WECHSLER-Gedächtnis-Skala bei funktionellen und organischen Patienten, jedoch von unterschiedlichen Resultaten nach vier Wiederholungen.

Auch das eigene Erleben des Gesundheitszustandes, der nicht mit dem medizinisch ermittelten Gesundheitszustand übereinstimmen muß (vgl. 1.3.3.2.), darf im Zusammenhang mit Intelligenz- bzw. Gedächtnisleistungen nicht außer acht gelassen werden; doch auch, wenn "die Beeinträchtigung des gesundheitlichen Wohlbefindens ..... im Erleben des alten Menschen häufig mit einem Abbau der intellektuellen Fähigkeiten einhergeht" (TISMER et al., 1975, S. 44), werden dennoch "der Intelligenz- und Leistungsbereich offenbar stärker von objektiv nachweisbaren gesundheitlichen Störungen beeinträchtigt" (LEHR, THOMAE, SCHMITZ-SCHERZER, 1972, S. 4397).

Auch in der Entwicklung funktioneller Aspekte bei älteren Menschen lassen sich Konstanz und Variabilität - selbst im Sinne von Verbesserungen - erkennen. Hierzu seien folgende Beispiele genannt:

GROMBACH (1976) konnte feststellen, daß die gesundheitlichen Maße, wie sie subjektiv und objektiv ermittelt wurden, als zuverlässig angesehen werden konnten und über einen Verlauf von vier Jahren in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie relativ stabil blieben.

Zur Intelligenz im Sinne geistiger Gesundheit stellte RUDINGER (1971, 1975) ein hohes Ausmaß von Konstanz während eines Zeitraumes von drei Beobachtungsjahren fest. Bei den eher jüngeren Frauen zeigte sich bei dem nicht sprachlich gebundenen Teil des HAWIE eine signifikante Zunahme der Leistungen.

Auch bei den psychomotorischen Fähigkeiten blieben am MIERKE-Gerät über einen Zeitraum von drei Jahren hinweg bei den 6ojährigen Männern und Frauen und bei den 7ojährigen Männern die Werte relativ gleichbleibend. Weiter war ein leichter Anstieg der Leistung im letzten Untersuchungsjahr zu verzeichnen (MATHEY, 197o). Eine geringere Leistung wurde für die gleiche Zeitspanne bei 7ojährigen Frauen ermittelt.

Am Pursuit-Rotor konnten SCHREINER, RUDINGER und SCHMITZ-SCHERZER (1971) im zeitlichen Verlauf signifikante Verbesserungen bei den Männern feststellen.

1.3.4.3. Das Messen funktioneller *Alltags-Kompetenz* und empirische Ergebnisse

Das Messen der Alltags-Kompetenz, d.h. spezifischer Fähigkeiten älterer Menschen zur Bewältigung von Alltagsanforderungen (im Englischen bzw. Amerikanischen "*Activities of Daily Living*" ADL) hat besonders im Zusammenhang mit den Maßnahmen zeitgerechter offener Altenhilfe (vgl. 1.4.4.) international einen großen Aufschwung genommen. Je nach Anlage der Untersuchung und Operationalisierung kann Alltags-Kompetenz unterschiedlich gemessen werden. In der Feldforschung wurden hierzu eine Reihe von Indizes, Profilen und Listen entwickelt. Diese Meß-Skalen reichen von lediglich einigen Items, die die eigene Beweglichkeit betreffen, bis zu einer umfangreichen Auflistung von Fähigkeiten der physikalischen Selbsterhaltung sowie auch von instrumentellen Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltagsverrichtungen. Sie können noch ergänzt werden durch Items zu geistigen Fähigkeiten bzw. zur Aufnahme oder Weiterführung sozialer Kontakte (vgl. 1.5.).

Mit dem Messen, das sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil erfolgen kann, sind mehrere Intentionen verbunden. Zum einen geht es um die Ermittlung von Daten zur gezielten Bereitstellung geeigneter Unterstützungsmaßnahmen in der offenen Altenhilfe (vgl. 1.4.4.), zum anderen auch um die objektive Entscheidung darüber, ob und mit welchen Restkompetenzen ältere Menschen weiter (oder wieder) allein in ihren Wohnungen leben können.

Es ist dabei auch zu unterscheiden, ob ein derartiger Index aus freien Antworten älterer Menschen auf eine diesbezügliche offene Frage zusammengestellt wird (vgl. TISMER et al., 1975, S. 73) oder ob die Befragten in einer bereits vorgegebenen Liste mit zahlreichen Items der Haushaltsführung diejenigen ankreuzen, die ihnen mehr oder weniger schwer fallen.

In der bereits mit ihren Ergebnissen unter 1.3.4.2. behandelten Studie von SHANAS et al. (1968) wurde unter diesem Aspekt ein *'Incapacity-Index'* gebildet, bei dem die folgenden 6 Fähigkeiten mit Werten von o - 12 objektiv eingeschätzt wurden:

außer Haus gehen
Treppen rauf- und runtersteigen
den Haushalt besorgen
waschen und baden
sich ankleiden
Schuhe und Strümpfe anziehen
Zehennägel schneiden

AMANN und MAJCE (1976) sehen Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung in ihrer besonderen Bedeutung für spezifische Rollenausführungen, die für den älteren Menschen in der Aufgabe liegen, allein oder mit einem Partner einen Haushalt zu führen und die damit verbundenen Probleme hinsichtlich der physikalischen, sozialen und kulturellen Umwelt zu bewältigen. In ihren Augen sind es die folgenden drei wichtigen Aktivitäten, die Teile von größeren Gruppen von Aufgaben sind und zu der Verkörperung der oben geschriebenen Rolle gehören (S. 1o9):

ohne Einschränkung Treppen steigen
Einkaufstüten tragen
sich bücken

wobei sich das dritte Item neben seiner Bedeutung für die Haushaltsführung auch als Kriterium für weitere Fähigkeiten u.a. auf dem Gebiet allgemeiner Mobilität und persönlicher Pflege sehen. Sie nennen hierzu folgende *Ergebnisse* aus österreichischen Untersuchungen an älteren in ihren Wohnungen lebenden Menschen (S. 11o):

Es zeigt sich, daß fast alle Befragten der Altersgruppe 6o - 64 Jahre im vollen Besitz der oben erwähnten Fähigkeiten waren, jedoch in der Zeitspanne zwischen 6o - 64 Jahre und 75 und mehr Jahre sich eine Verminderung dieser funktionellen Fähigkeiten von wenigstens 2o % abzeichnete, bei den 8ojährigen und darüber von 3o %. Bei Frauen ist diese Verminderung größer als bei Männern, besonders in der höchsten Altersgruppe.

Es erscheint für die vorliegende Studie weiter interessant, daß hier auch Ergebnisse aufgeführt werden, wonach sich 52 % der männlichen Altersgruppe von 6o - 64 das Essen selbst zubereiten und 25 % das Restaurant besuchen, hingegen 97 % der entsprechenden weiblichen Gruppe selbst kochen und 1 % das Restaurant besuchen. Von den männlichen über 75jährigen kochen 43 % selbst (35 % der über 8ojährigen), 18 bzw. 17 % besuchen das Restaurant. Hingegen bereiten 82 % der über 75jährigen Frauen (74 % der über 8ojährigen) ihre Mahlzeiten selbst, und nur 3 bzw. 2 % besuchen das Restaurant. In allen anderen Fällen springen Verwandte oder andere Personen ein.

Während die täglichen Einkäufe von der Gruppe der 6o - 64jährigen noch zu 82 % in der männlichen, zu 94 % in der weiblichen Stichprobe selbst erledigt werden, verringert sich mit steigenden Jahren der Prozentsatz bei den über 75jährigen Männern bis auf 67 % (bei den über 8ojährigen bis auf 55 %), bei den über 75jährigen Frauen bis auf 64% (bei den über 8ojährigen bis auf 51 %).

Im gleichen Zeitraum stieg der Prozentsatz, in dem Verwandte diese Aufgaben übernahmen, bei den Männern von 9 auf 18 % (25 %), bei den Frauen von 3 auf 19 % (27 %).

Wurden die Einkäufe von anderen Personen übernommen, so erhöhte sich der Prozentsatz von 9 auf 15 % (2o %) bei den Männern, von 3 auf 17 % (22 %) bei den Frauen.

TISMER, LANGE, ERLEMEIER, TISMER-PUSCHNER (1975) befragten in ihrer Studie Männer und Frauen mit einem Altersdurchschnitt von 67,5 Jahren (Altersspanne 5o - 95 Jahre), bei welchen Alltagsverrichtungen sie Hilfe benötigten (N = 1o.ooo).

Es ergab sich folgendes Bild (Tabelle Seite 73):

Tab. 3: Wünsche nach Hilfen im Haushalt

	Männer		Frauen	
	N	%	N	%
Putzen	1 o15	2o.1	1 o36	2o.9
Fensterputzen	951	18.8	1 246	25.2
Waschen, Bügeln	388	7.7	34o	6.9
Hausbrand holen	253	5.o	457	9.2
Einkaufen	246	4.9	3o2	6.1
Kochen	194	3.8	113	2.3
alle Hausarbeiten	364	7.2	289	5.8

Verteilung der Antworten auf die Frage:
"Kreuzen Sie bitte die häuslichen Tätigkeiten an, für die Sie (oder Ihr Ehepartner) gerne eine Hilfe hätten."

Danach braucht jeder fünfte ältere Mensch eine Unterstützung bei Putzarbeiten. Eine Hilfe wünschten sich vornehmlich Männer, alleinstehende Männer sogar dreimal so häufig wie Frauen (vgl. 1.4.5.2.).

Ca. 14 % der Befragten hatten bereits eine Hilfe im Haushalt, jede zweite Frau und 43 % der Männer meinten, keine Hilfe dabei zu benötigen, wobei zumindest unter den Frauen ihre ökonomische Situation eine Rolle spielte.

Es sind hier noch einige weitere Ergebnisse von Relevanz: Befragte, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einstufen, haben meistens auch Schwierigkeiten mit dem Treppensteigen und sind auch oft nicht mehr in der Lage, die Alltagsverrichtungen im Haushalt eigenständig auszuführen. Diese Gruppe fühlt sich oft auch traurig, niedergeschlagen (56 % der Frauen, 34 % der Männer) und einsam. TISMER et al.

betonen bei diesen alten Menschen ein Negativsyndrom von Einstellungen und Erfahrungsinhalten (S. 46). In der Regel können sie sich finanziell weniger leisten und sind mit ihrer Wohnung unzufrieden.

BERGENER et al. (1979, S. 115) kamen in ihrer Untersuchung zur gesundheitlichen und sozialen Situation älterer (über 65jähriger) Menschen in der Großstadt zu folgenden hier gekürzt wiedergegebenen Ergebnissen:

Tab. 4: Überblick über untersuchte Lebensbereiche, Ausmaße der teilweise oder vollständig in Anspruch genommenen Hilfen und Zusammensetzung der Helfer nach organisierter/bezahlter vs. nicht-organisierter/unbezahlter Hilfe (Mehrfachnennungen möglich)

	Anteil der Personen, die teilweise oder vollständig Hilfe in Anspruch nehmen	Hilfe durch Ehepartner, Haushaltsmitglieder, Verwandte außerhalb des Haushalts Privatpersonen Nachbarn	bezahlte Haushaltshilfe, Verbände, bezahlte Dienste Sonstige
(1) Kochen	43.6 %	85.7 %	14.2 %
(2) Einkaufen	42.o %	96.5 %	3.4 %
(3) Wäschewaschen	62.9 %	62.9 %	37.3 %
(4) Baden, duschen, waschen	1o.6 %	82.3 %	17.7 %
(5) Hand- und Fußpflege	29.o %	31.5 %	68.4 %
(6) Nutzung von Verkehrsmitteln	13.8 %	94.o %	5.9 %
(8) Wohnungspflege	59.1 %	73.9 %	26.o %
(9) Schriftwechsel	57.3 %	96.7 %	2.4 %

Es zeigt sich hier eine relativ ähnlich hohe Inanspruchnahme anderweitiger Hilfe bei den Tätigkeiten des Kochens, Einkaufens, Wäschewaschens, Schriftwechsels und der Wohnungspflege, wobei im Falle nicht vorhandener Hilfestellung durch Verwandte, Bekannte oder Nachbarn fremde Hilfe am ehesten bei der Hand- und Fußpflege, dem Wäschewaschen sowie der Wohnungspflege in Anspruch genommen werden.

Ergänzend wurden folgende Angaben (S. 1o7 f.) gemacht: 56.4 % der Befragten kochen selbst, ca. 5 % der Befragten gaben an, vor allem gesundheitliche Schwierigkeiten beim Kochen zu haben. Auch 8.2 % der 'Selbsteinkäufer' (57.5 %) hatten gesundheitliche Schwierigkeiten (Tragen, Gehbeschwerden). In 22.8 % der Fälle werden die Einkäufe teilweise, in weiteren 19.2 % vollständig von anderen Personen übernommen, die überwiegend aus dem eigenen Haushalt (77 %) stammen, zu 12.2 % jedoch sind es auch Verwandte außerhalb des Haushalts oder Nachbarn (6.3 %). Nur 37.1 % der Befragten waschen ihre Wäsche selbst, 17.5 % lassen sie teilweise, weitere 45.4 % vollständig durch andere waschen. Schwierigkeiten beim Wäschewaschen empfanden 3.8 % der untersuchten Personen.

Im Bereich der Körperpflege nehmen nur 1o.6 % der Befragten beim Baden/Duschen oder gründlichem Waschen fremde Hilfe in Anspruch. In vielen Fällen stehen hierfür Haushaltsmitglieder oder Verwandte zur Verfügung. In fast 5 % der Fälle treten Probleme beim Waschen, Baden oder Duschen auf, in ebenfalls 5 % der Fälle Schwierigkeiten bei der Hand- und Fußpflege. 3o % nehmen hier Hilfe in Anspruch.

In der Wohnungspflege nehmen 6o % teilweise (21.6 %) oder vollständig (37.5 %) Hilfen in Anspruch, die zu 71.5 % von Haushaltsmitgliedern oder Verwandten geleistet wird. 9.2 % geben an, Schwierigkeiten bei der Wohnungspflege zu haben.

Bei der Benutzung von Verkehrsmitteln klagen 6.8 % der befragten Personen über Schwierigkeiten gesundheitlicher Art (Gehbeschwerden).

Eine Behinderung der Alltags-Kompetenz im Sinne einer Pflegebedürftigkeit stellten BERGENER et al. über folgende Merkmale fest (S. 185):

sich ohne Hilfe selbständig ankleiden können
gehen und sich waschen können
selbständig essen und arbeiten sowie sich beschäftigen können
sich unterhalten bzw. Hobbies nachgehen können.

Bei 2o8 der untersuchten Personen (87.8 %) ergab sich keine Pflegebedürftigkeit, nur 2o Personen waren auf fremde Hilfe angewiesen, wobei diese beim Ankleiden, Gehen und Waschen erforderlich wurde.

1.3.4.4. Funktionelle Einschränkungen und eigene Haushaltsführung

Vergegenwärtigt man sich angesichts der vorangehenden Daten die in der Literatur immer wieder erwähnte Tatsache, daß nur ca. 4 % der über 65jährigen in Heimen leben (wobei dieser Prozentsatz für die höheren Altersgruppen steigt, vgl. 1.4.4.2.), so muß zunächst mit vielen Autoren darauf hingewiesen werden, daß es in der Tat offenbar relativ "normales" Altern gibt mit recht hohen gesundheitlichen Kompetenzanteilen der älteren Bevölkerungsgruppe ganz allgemein. Auch BECKER (1975, S. 9) stellt hierzu fest, das höhere oder hohe Alter sei "für viele Menschen ein Teil des normal ablaufenden Lebens" geworden.

THOMAE (1976, S. 147) bezieht sich im Hinblick auf ähnliche Ergebnisse in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie auf PALMORE (197o, S. IV), der in seiner Datenzusammenfassung zur DUKE LONGITUDINAL STUDY ON AGING (vgl. 1.2.1.) diese als "dealing with 'normal aging' in terms of 'non-institutionalized' aging and aging rather free from 'unusual abnormalities'" definiert.

Selbst wenn daraus auf ein konstantes und möglicherweise über viele Jahre andauerndes hohes Bemühen der älteren Menschen um die Erhaltung ihrer Fähigkeit zu schließen ist, sich ihre Selbständigkeit und besonders das Leben in einer eigenen Wohnung - also einen wesentlichen Teil ihrer sozialen Kompetenz im Sinne THOMAES (vgl. 1.2.3.2.) zu bewahren - so muß dennoch hierbei mit der breiten Spanne der in unterschiedlichem Maße Hilfs- oder Versorgungsbedürftigen mit mehr oder weniger starken funktionellen Beeinträchtigungen zwischen den beiden Polen "ständige Bettlägrigkeit" im Sinne von Unbeweglichkeit und "keinerlei gefühlte Behinderung" im Sinne intakter Mobilität (vgl. 1.3.4.2.) gerechnet werden - MUNNICHS (1971) bezeichnet sie als "Kategorie der Bejahrten" - für die es gilt, geeignete und gezielte Hilfestellung zu geben. Hierzu aber bedarf es differenzierter Untersuchungen über Art und Umfang von *Alltags-Kompetenz*, d.h. der Kompetenz, die Anforderungen des Alltags (meist in der eigenen Wohnung) in mehr oder weniger selbständiger Form zu bewältigen.

Besonders in den letzten Jahren ist von der Gerontologie zunehmend auch die Bedeutung ökologischer Aspekte als einem Teil der Umwelt für das Alternsgeschehen erkannt worden (zusammenfassende Darstellung bei LEHR, 1977a).

Umwelt schlechthin, also "environment", kann ja von vornherein auf ganz unterschiedliche Dimensionen des Insgesamt der persönlichen Umgebung bezogen werden, doch selbst "eine identische Umwelt kann sogar für ein und denselben Menschen in verschiedenen Bedürfnislagen einen unterschiedlichen psychologischen Aufbau besitzen" (LEWIN, 1969, S. 13).

Hier läßt sich ein Bezug herstellen zu LAWTON und NAHEMOV (1973), die in ihrem ökologischen Ansatz Altern als Anpassung an die äußere Umwelt und die sich über das Leben verändernden inneren Fähigkeiten und Funktionen (also Kompetenzen) verstehen und sich dabei auf LEWINS Gleichung B = f (P, E) (behavior is a function of both the person and the environment) beziehen, diese jedoch um den Zusatz (P x E) erweitern. Die volle Gleichung B = f (P, E, PxE) beinhaltet nunmehr, daß 'behavioral competence', also *Verhaltenskompetenz*, als adaptives Verhalten (B) eine Funktion der Kompetenz der Person (P), ihrer objektiven Umwelt (E) und der Wechselwirkung zwischen beiden Einflußgrößen als wahrgenommene Umwelt oder auch Lebensqualität (P x E) ist.

LAWTON (1977, 1978) ordnet der Verhaltenskompetenz die Dimensionen Gesundheit, intellektuelle Funktionen, funktionelle Fähigkeiten der Lebenserhaltung und Selbstversorgung, Freizeitgestaltung und Sozialverhalten zu, wobei nach Meinung der Verfasserin hier inhaltlich eine enge Beziehung dieses Konstruktes zu der sozialen Kompetenz aus THOMAES Sicht aufleuchtet, wenngleich diese nicht in dieser Form spezifiziert wurde.

LANTERMANN (1976) entwickelte aus diesen Zusammenhängen eine Theorie der *Umweltkompetenz*, die für ihn "die Verfügbarkeit von Räumen, Verteidigung eigenen Territoriums ..... sowie die Möglichkeit, über räumlich-sozialen Rückzug der Erfahrung einer Ein-

grenzung von Realisierungschancen individueller Bedürfnisse zu entgehen" (S. 436), bedeutet.

LANTERMANN stützt sich bei der Entwicklung seiner Theorie auf zahlreiche Autoren (S. 436), bei denen Umweltkompetenz "eine wesentlich Bedingung zu sein scheint für eine optimale Befriedigung primärer und sekundärer Bedürfnisse, eine befriedigende Entwicklung personaler Autonomie (vgl. WHITE unter 1.1.2.1.), emotionaler Entspannung, eines Selbstwertgefühls .... sowie die Entwicklung von Identität durch das Besitzen oder die Kontrolle von Räumen".

Er gelangt (S. 436) zu der generellen Schlußfolgerung: "Umwelt-Kompetenz stellt somit eine wesentliche Bedingung dar für eine befriedigende Mensch-Umwelt-Relation."

Das Zuhause stellt bei allen über 6ojährigen werktags zu 68,2 %, sonntags zu 6o %, den Ort der Freizeitgestaltung dar (SCHMITZ-SCHERZER, 1974, S. 69), so daß neben Faktoren, wie Einkommen, Witwenschaft, geringere Schulbildung oder familiäre Belastungen eine schlechte Wohnsituation reduzierende und dämpfende Einflüsse auf Art und Umfang von Freizeitaktivitäten haben kann.

So kann die Wohnung als ökologischer Aspekt sowohl durch ihre objektive Lage und Ausstattung wie auch ihre subjektive Wahrnehmung - also ihre kognitive Repräsentanz - durch das Individuum einen wesentlichen und sich verändernden Einfluß auf das Verhalten und Erleben und damit auf das Ausmaß allgemeiner sozialer Kompetenz nehmen.

LAWTON (197o) macht das deutlich anhand seiner "environmental docility-hypothesis", die aussagt, daß Umwelteinflüsse auf das Individuum um so größer werden, je stärker die Verhaltenskompetenz abnimmt.

LEHR und OLBRICH (1976), die die ökologische Umwelt in folgende Kategorien einteilten:

Variablen der physikalischen Umwelt
Variablen der sozialen Umwelt,
Variablen, die dem Individuum die Gestaltung seines persönlichen Lebensraumes erlauben und
Variablen der kognitiven Repräsentation der Umwelt

konnten diese Beziehungen bestätigen: "Congruent interrelations between environment, behavior adjusted to environment conditions and cognitive representation of this behavior are most impressive" (S. 91).

Vornehmlich geht die gerontologische Forschung auch davon aus, daß die Wohnsituation (und zwar im besonderen die eine gewisse Selbständigkeit bewahrende) "eine entscheidende Determinante des psychophysischen Wohlbefindens, des 'erfolgreichen' Alterns ist" (vgl. TISMER et al., 1975, S. 68).

In einer Reihe von Untersuchungen konnten bedeutsame Beziehungen zwischen Zufriedenheit mit der Wohnsituation und Lebenszufriedenheit hergestellt werden (vgl. u.a. COLEMAN, 1976, und LAWTON, 1978; STERN-Untersuchung, 1977).

Im einzelnen klagten ältere Menschen über Belastungen durch schlechte Wohnungsausstattungen (vgl. zusammenfassende Darstellung bei LEHR, 1979, S. 261, vgl. STERN-Untersuchung, 1977), wobei in letzterer Untersuchung die Anzahl der subjektiv empfundenen Mängel bei den über 75jährigen anstieg. Andererseits waren hier über 5o % sehr, über 9o % der Befragten (Männer und Frauen aller Altersgruppen über 55 Jahre) sehr oder ziemlich zufrieden mit ihrer Wohnsituation; über 9o % äußerten als dringlichsten Wunsch an die Zukunft, in ihrer Wohnung bleiben zu können.

Hier darf selbstverständlich die Bedeutung normativer Wertungen nicht übersehen werden, die die Wahrnehmung und das Verhalten der Individuen auch im Zusammenhang mit der Wohnumwelt steuern. Gerade im Zusammenhang mit erlittenen Rollenverlusten, durch die sich der "Lebensraum", die individuelle Umwelt des älteren

Menschen mehr und mehr verengen kann - aber besonders, wenn die Fähigkeiten zu Aktivitäten unterschiedlichster Art im Sinne sozialer Integration abnehmen - steigt der Bedeutungsgehalt einer eigenen Wohnung als dem wesentlichen verbleibenden Teil der Umwelt, der Überdauerung von Eigenständigkeit und Kompetenz dokumentiert, in einem Umfang wie in keiner anderen Lebensphase.

ROSENMAYR und ROSENMAYR (1978, S. 145) stellen hierzu fest: "Die Wohnung wird wichtiger als zuvor, so unvollkommen sie auch sein mag. Kompetenz wird oft darin gesucht, auch unter schwierigen Umständen in Übereinstimmung mit bisherigen Werten der Sparsamkeit und äußersten Anstrengungen sein Leben zu meistern; allerdings treten häufig doch größere Schwierigkeiten auf, vor allem, wenn die Behinderungen zunehmen."

Werden diese Überlegungen durch den Hinweis von ROSENMAYR (1977) ergänzt, wonach Raum als Umwelt durch tatsächliche oder vorgestellte Bewegung erfahren wird, "ja, durch Bewegung bewältigt werden muß, um als Umwelt erfahrbar und gestaltbar werden zu können" (S. 291), so läßt sich aus diesen mit dem Ansatz von LANTERMANN (1976) in Einklang stehenden Feststellungen besonders für die Gruppe der bereits in ihrer Mobilität beeinträchtigten älteren Menschen die Bedeutung eigenen Wohnraums - wobei auch moderne Senioren-Anlagen und Wohnheime durchaus miteinbezogen werden dürfen (vgl. 1.4.5.) - nach folgenden Aspekten zusammenfassen:

> Eine eigene Wohnung weist vor der Gesellschaft noch vorhandene soziale Kompetenz aus und genießt eine höhere Bewertung als der Aufenthalt in einem Alten- oder Pflegeheim;
>
> hierdurch kann das Selbstbild des älteren Menschen positiv beeinflußt werden;
>
> in der eigenen Wohnung findet unbeschadet der übrigen Veränderungen noch ein gewisses Maß an realer und empfundener Kontinuität (vgl. 1.2.3.1.) statt, sei es in Form von Erinnerungen, die Geborgenheit und Sicherheit vermitteln können, sei es im Hinblick auf die Lage der Wohnung innerhalb einer vertrauten Umgebung mit der Möglichkeit überdauernder sozialer Integrationsanteile;

> diese Kontinuität im Sinne noch vorhandener sozialer Kompetenz kann sich aber auch zeigen bei allmählicher oder plötzlicher Einschränkung gesundheitlicher Kompetenzen. Das Wohnumfeld kann relativ angstfreies Übungsfeld werden für den alten Menschen im Hinblick eigener Anpassung auch an nachlassende Kräfte, aber dennoch im Sinne der Möglichkeit, eine gewisse Kontrolle und Veränderung der Umwelt und damit ihrer Beeinflussung zu behalten (vgl. WHITE unter 1.1.2.1. und LANTERMANN, 1976). So gesehen, kann die Fähigkeit zur Haushaltsführung (wenn auch in kleinem Umfang), das Putzen (oder geringe Anteile davon) gerade bei körperlicher Restkompetenz einen Stellenwert einnehmen, der weit über die eigentliche Bedeutung hinausgeht, da diese Fähigkeiten andere Kompetenzen, z.B. der aktiven und außerhäuslichen Freizeitgestaltung, unter Umständen mehr und mehr ersetzen müssen.

Unter dem Aspekt der traditionellen Rollenverteilung gelten diese Zusammenhänge ganz besonders für Frauen (vgl. SHANAS et al., 1968, S. 42).

Mit Blick auf HEIDEGGER (1952, S. 72 f.) und seine Aussage, der Mensch sei wesensmäßig ein Wohnender, können hier abschließend abermals ROSENMAYR und ROSENMAYR (1978, S. 136) zitiert werden: "Unsere Umwelt ist, wenn unsere Beziehung zu ihr glückt und befriedigt, jener Raum, den wir, unter welchen Einschränkungen auch immer, für uns behaupten und in dem wir uns behaupten wollen."

Es ist also nur zu verständlich, daß LEHR (1979, S. 267) eine verstärkte Hinwendung praxisorientierter Forschung auf den in Privatwohnungen lebenden hohen Anteil der älteren Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Gewinnung von Daten über das abgestufte Ausmaß ihrer körperlichen Behinderungen fordert.

1.3.5. ZUSAMMENFASSUNG DER GESUNDHEITLICHEN DATEN

Im Rückblick lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen: In den herangezogenen Untersuchungen scheint der objektive Gesundheitszustand bei über 5o% der über 65jährigen Menschen durchschnittlich bis gut zu sein und verringert sich erst etwa vom 7o. Jahr an. 5o% - 75% schätzen ihre gesundheitliche Verfassung selbst als befriedigend bis sehr gut ein, wobei zwischen der Fremd- und der Selbsteinschätzung Diskrepanzen auftreten, da die älteren Menschen zu Gesundheitsoptimismus neigen. Ab ca. 75 Jahre wird die eigene Einschätzung schlechter, allerdings beurteilen sich 8ojährige Personen mitunter günstiger als jüngere.

Bei jedem zweiten älteren Menschen wurden objektiv mindestens zwei gesundheitliche Probleme ermittelt. An erster Stelle stehen funktionelle sensorische Störungen, gefolgt von Erkrankungen des kardiovaskulären und respiratorischen Bereiches sowie des Bewegungsapparates.

Der objektive und der subjektive Gesundheitszustand stehen in Beziehung zu einer Reihe von Variablen. Hierzu gehören neben dem chronologischen Alter Intelligenz, Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit, Schulbildung, Einkommen, Sozialkontakte, Freizeitverhalten, Einsamkeitsgefühle, Selbstbild.

Funktionelle Störungen, besonders hinsichtlich der körperlichen Beweglichkeit, ziehen zwischen dem 64. und dem 75. Lebensjahr mindestens eine Leistungsverminderung von 2o% nach sich, bei den über 8ojährigen von 3o%, bei Frauen stärker als bei Männern.

Dementsprechend würde jeder fünfte ältere Mensch eine Unterstützung bei Putzarbeiten brauchen. Funktionelle Schädigungen, am häufigsten hinsichtlich der Hör- und Sehfähigkeit, treten

in der Altersgruppe der 65- bis 75jährigen bei 2 von 5 Personen auf, bei den über 76jährigen bei mehr als 3 von 5.

Soweit Längsschnittuntersuchungen zur Entwicklung gesundheitlicher und insbesondere funktioneller Aspekte älterer Menschen vorliegen, so zeigen sich über einen längeren Zeitraum durchaus auch konstante Ergebnisse.

1.4. OFFENE ALTENHILFE ALS MITTEL ZUR KOMPETENZERHALTUNG UND -FÖRDERUNG

1.4.1. ZUR ENTWICKLUNG OFFENER ALTENHILFE

Innerhalb der Altenarbeit unterscheidet man heute die

1. geschlossene (stationäre)
2. offene
3. teilstationäre

Altenhilfe.

Zu 1. werden Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime/Altenkrankenheime, zu 2. Altentagesstätten oder Seniorenzentren, Altenclubs und insbesondere auch mobile Hilfsdienste (ambulante Krankenpflege, Essen auf Rädern, Haushaltsdienste (vgl. 1.4.5.1.), Begleit- und Fahrdienste, Besuchsdienste oder Rehabilitationszentren für die ambulante Versorgung) gezählt. Zu 3. gehören sogenannte Mischformen, wie z.B. Tages- oder Nachtkliniken.

Diese Auflistung kann selbstverständlich nur unvollständig sein und ein grobes Raster darstellen, wobei Maßnahmen der Bereiche 2. und 3. heute oft nicht mehr klar voneinander zu trennen sind.

Entwicklungsgeschichtlich verständlich, sah die konventionelle "geschlossene" oder dezent auch als "intramural" bezeichnete Altenhilfe als Untersystem der Sozialhilfe und Nachfolgerin der traditionellen Armenpflege über lange Jahre ihr Hauptarbeitsfeld im Bau und Betrieb von Heimen und der Fürsorge für

(häufig alte) hilfsbedürftige und damit im Sinne des geltenden Wertesystems leistungsunfähige, also inkompetente "minderwertige" Menschen. Sie hatten oft als dankbares Objekt von Hilfsmaßnahmen zu gelten und waren durch die Abnahme der gesamten Verantwortung für ihr Leben einer hohen Fremdbestimmung ihrer Bedürfnisse und Interessen, die man ohnehin als gering einschätzte, ausgesetzt.

Kritisch identifiziert MAJCE (1978, S. 264), wobei er auf die "bloße Neutralisierungstendenz" bei irreversiblen Altersgebrechen hinweist, als die hauptsächliche Handlungskonsequenz der geschlossenen Altenhilfe "die Ausgrenzung der Alten aus den wesentlichen Systemprozessen". Er zieht als Indikatoren dieses Tatbestandes die Art der Zuwendung heran, die der alte Mensch nach seinem Heimeintritt erfährt sowie der Berücksichtigung seiner Bedürfnisse, "insbesondere jener", wie er kritisch bemerkt, "die mit den Funktionsstandards der Organisation Altersheim in Konflikt geraten."

Diese Ausführungen mögen etwas extrem gefaßt sein, eine Veränderung der Organisationsformen vieler Institutionen scheint jedoch unumgänglich.

Selbstverständlich wird die geschlossene Altenhilfe auch in Zukunft eine Rolle spielen, wobei sich der Bedarf eher in die Richtung von Pflegeplätzen verschieben dürfte für die Gruppe älterer Menschen, die auch bei entsprechender Unterstützung nicht mehr in der eigenen Wohnung leben können oder wollen.

Die für die zunehmende Zahl älterer und damit, wenn auch in unterschiedlichem Maße, hilfsbedürftiger älterer Menschen nicht mehr ausreichenden (und unter entsprechenden Bedingungen auch gar nicht erforderlichen) Heimplätze, ferner die mit dem Bau weiterer Unterbringungsmöglichkeiten verbundenen enormen Kosten sowie die Umsetzung von aus der ständigen Analyse der Lebenssituation älterer Menschen gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis haben - obgleich dieser Prozeß der Wissensübertragung insgesamt und besonders in der Bundesrepublik auf

diesem Sektor noch immer stark zu wünschen übrig läßt - (AMANN, 1978, S. 304): "Nur Bruchteile dessen, was in wissenschaftlichen Untersuchungen zu Praxis und Theorie der Sozialarbeit an Einsichten und Bezügen zutage gefördert wird, findet Eingang in die Lehrpläne der Sozialarbeitsausbildung ...."') seit etwa Mitte der 6oer Jahre zu einer zunehmenden Veränderung in den primären Zielsetzungen der Altenhilfe im Sinne einer Abkehr von der einseitigen Orientierung an Maßnahmen der sogenannten "geschlossenen" Altenhilfe geführt.

Nicht zuletzt trugen hierzu die Ergebnisse der Längsschnittuntersuchungen zum höheren Alter (vgl. 1.2.1.) bei. Sie wiesen auf die hohe Zahl unterschiedlicher Alternsformen hin, machten die Vielfältigkeit von Bedürfnissen, vor allem aber auch den Fortbestand von Fähigkeiten älterer Menschen deutlich und eröffneten in besonderem Maße die Möglichkeit, auch hilfsbedürftigen älteren Menschen durch geeignete Unterstützungs- und Servicemaßnahmen ein Leben in der eigenen Häuslichkeit zu erhalten. Dieser Umstand gewann besondere Bedeutung durch die Ergebnisse vieler Untersuchungen, die einen starken Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und dem Verbleiben in der gewohnten Umgebung aufdeckten (vgl. 1.3.4.4.).

Dabei wird besonders die von THOMAE (1979, S. 6o) als "soziale Kompetenz" (vgl. 1.2.3.2.) definierte Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und relativ unabhängig zu leben, angesprochen. Auf diese Fähigkeit der Mehrheit der älteren Bevölkerung, die auch ihren eigenen Wünschen entspricht, hinweisend, sieht THOMAE die Aufgaben der Gesellschaftspolitik in erster Linie darin, "die Chancen zu einem befriedigenden selbständigen Leben zu verbessern und solange wie möglich zu erhalten", wobei "die in sozialer und geistiger Selbständigkeit und Aktivität lebenden 7o - 8ojährigen das Leitbild sein werden, an dem sie sich orientiert."

Von gesetzlicher Seite wurde den sich allmählich verändernden Vorstellungen zur Altenhilfe zunächst dadurch Rechnung getragen, daß das 1961 in Kraft getretene Bundessozialhilfegesetz, das ne-

ben seiner eigentlichen Aufgabe, allen Bürgern in der Bundesrepublik "die Führung eines Lebens ....., das der Würde des Menschen entspricht ...." (BSHG § 1, Abs. 2), zu ermöglichen und besonders in § 75 auf die Bedürfnisse alter Menschen im Sinne einer Fortsetzung gewohnter Lebensführung und sozialer Integration eingeht, in den Jahren 1969 und 1974 nochmals zunehmend zugunsten präventiver und erhaltender Maßnahmen als Grundzüge zeitgerechter Altenhilfe verändert wurde.

Mit diesem verstärkten Trend zur offenen oder domizilorientierten Altenhilfe und damit zum Ausbau ambulanter Hilfsdienste trafen in der Bundesrepublik also sowohl humanitäre als auch ökonomische Gründe zusammen, eine Kombination, die nicht die schlechteste Grundlage für die Durchsetzung von Veränderungen darstellt.

Es sei an dieser Stelle gleichfalls darauf hingewiesen, daß auch die Arbeiten des Sozialausschusses für Bevölkerungsgesundheit des Europarates (197o) zu einer Empfehlung des Ministerkomitees an die Regierungen der Mitgliedsländer über "eine soziale und medizinisch-soziale Politik für das Alter" führten mit dem Ziel und entsprechenden Vorschlägen, älteren Menschen einen zufriedenstellenden Platz in der heutigen und zukünftigen Gesellschaft zu sichern und die Absonderung zu vermeiden.

1.4.2. DIE BEDEUTUNG DER GERO-INTERVENTION IN DER OFFENEN ALTENHILFE

Nachdem die Ergebnisse der gerontologischen Forschung einen breiten Einblick in die Art des Alterngeschehens und vornehmlich auch die Vielfalt der dieses beeinflussenden Umwelt-Variablen erlaubt hatten, entwickelte sich daraus neben der Forderung nach einer differentiellen Gerontologie (vgl. 1.2.1.) im weiteren in den letzten Jahren das Bestreben, aktiv in diesen Alterungsprozeß einzugreifen in der Absicht, ihn durch geeignete Maßnahmen - und das heißt zu einem wesentlichen Teil, falls erforder-

derlich, durch positive Beeinflussung von Umweltfaktoren - zu stoppen bzw. zu mindern oder zumindest auf einem status quo zu halten.

Medizinische, psychologische, soziale und ökologische Ansätze vereinigten sich in mehrgleisiger Aufgabenstellung und Zielsetzung zu dem, was LEHR (1979 a, S. IV) unter Hinweis auf ESTES und FREEMAN (1976), LAKOFF (1976), EISDORFER und STOTSKY (1977), BALTES (1978) u.a. als "das Insgesamt der Bemühungen, ein hohes Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden zu erreichen", definiert. Die einzelnen Maßnahmenschritte hat LEHR (1979 a, S. 4) in einer in die vorliegende Studie übernommenen Übersicht klar gegliedert.

Es wird damit deutlich, daß Intervention in dieser breiten Anlage bereits mit der Geburt beginnt und erst mit dem Tode endet und im wesentlichen als ein Maßnahmengefüge zur Förderung und Erhaltung menschlicher Kompetenz in vielfacher Hinsicht angesehen werden kann.

Damit ließen sich innerhalb der modernen offenen Altenhilfe (wie auch in der geschlossenen Altenhilfe, die an dieser Stelle jedoch vernachlässigt werden muß) neue Ansatzpunkte erarbeiten, in ihren Wohnungen lebende ältere Menschen in ihrem Bemühen, sich ihre Kompetenz zu erhalten oder sie wiederzugewinnen, so umfassend wie möglich und vor allem rechtzeitig zu unterstützen. Besonders im Hinblick auf die überdauernde Lernfähigkeit älterer Menschen (vgl. 1.3.4.2.) lassen sich verstärkt Ansätze zum Üben neuer Verhaltensweisen und Fertigkeiten zur Reaktivierung auf vielen Gebieten verwirklichen. Je nach individuellen Bedürfnissen können sich Maßnahmen auf die Stützung oder Wiedererlangung körperlicher, geistiger oder sozialer Fähigkeiten, Aktivitäten und Interessen konzentrieren. Allerdings fordert LEHR (1979 a, S. 321) daß jeder Interventionsmaßnahme eine gründliche Persönlichkeits- und Situationsanalyse vorauszugehen habe.

Kompetenzunterstützende Maßnahmen müssen hierbei auch den ökologischen Sektor, d.h. die bedarfsgerechte Gestaltung und Verbesserung der Wohnumwelt (vgl. 1.3.4.4.) wie auch der nahen Umgebung, mit einschließen. In der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie

INTERVENTION

als Inbegriff der Maßnahmen zur Sicherung eines psychophysischen und psychosozialen Wohlbefindens im höheren Alter von

	OPTIMIERUNG	GEROPROPHYLAXE PRÄVENTION	REHABILITATION THERAPIE RESTAURATION KORREKTUR	MANAGEMENT "CONTAIN CONDITIONS"
	(Schaffung günstiger Entwicklungsbedingungen)	(Vorbeugung eines Altersabbaus)	(Rückgängigmachen von Störungen, von bereits eingetretenen Schäden, von Abbauerscheinungen)	(Zurechtkommen mit irreversiblen Problemsituationen, Sicherung des Erreichten)
durch	geistige Entwicklung durch "enrichment", Anregung, körperliche Entwicklung durch sportliche Betätigung, Interessenentwicklung	Erhaltung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten durch lebenslanges Training, Pflege der Interessen, richtige Ernährung	Wiedergewinnung der Kompetenz in den verschiedenen Lebensbereichen, Reaktivierung körperlicher, geistiger und sozialer Fähigkeiten durch gezieltes Neueinüben, Trainieren, Fördern durch Fordern	Auseinandersetzung mit der Problemsituation, Veränderung der inneren Einstellung, kognitive Umstrukturierung, Einüben von coping-Stilen, aber auch: Veränderung der ökologischen Bedingungen, prothetische Maßnahmen.

Quelle: U. LEHR: Gero-Intervention - das Insgesamt der Bemühungen, bei psycho-physischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen.
In: U. LEHR (Hrsg.) Interventionsgerontologie, STEINKOPFF, Darmstadt, 1979, S. 4

konnten negative Zusammenhänge zwischen Streß durch Ausstattung des Haushaltes und eigener Aktivität festgestellt werden (LEHR und OLBRICH, 1976).

Es darf wohl festgehalten werden, daß zeitgerechte offene Altenhilfe ohne Interventionsmaßnahmen nicht gesehen werden kann.

1.4.3. ZIELSETZUNGEN ZEITGERECHTER OFFENER ALTENHILFE

Wird Zielsystem zeitgerechter Altenhilfe mit BLUME (1968) als "Gesamtheit aller Hilfsmaßnahmen für die ältere Generation" definiert, so ist in den zusammenfassenden Darstellungen der relevanten Literatur zu den sich aufgrund differenzierter Sichtweisen und sich kontinuierlich modifizierender Kompetenz- und Integrationsvorstellungen entwickelnder Zielsetzungen zeitgerechter Altenhilfe eine recht große Übereinstimmung festzustellen. Stellvertretend sei hier BRANDT (1979) zitiert, der als Hauptelement zeitgerechter und weit über die materielle oder physische Existenzsicherung hinausgehende Altenhilfe die Aufgabe sieht, "den durch physische, psychische und soziale Faktoren von Verhaltensunsicherheit, Isolation, körperlichen Beschwerden und einer das Selbstwertgefühl beeinträchtigenden Rollen- und Funktionslosigkeit bedrohten und zum Teil auch betroffenen alten Menschen ihre gefährdete gesellschaftliche Integration nach Möglichkeit zu sichern und zu gewährleisten" (S. 23).

Als präzisierbare Ziele der *offenen* Altenarbeit, die alle der Erhaltung bzw. Förderung verschiedenster Kompetenzaspekte dienen und in unterschiedlichem Umfang von den jeweiligen Trägern verfolgt werden, stellt SCHMITZ-SCHERZER (198o) folgende Auflistung zusammen:

Die Sicherung bzw. Wiederherstellung von

- Gesprächen (auch persönlichen Gesprächen und solchen mit therapeutischer Zielsetzung)
- Begegnungen mit Gleichaltrigen und Jüngeren
- Beratung in allen Lebensfragen
- einem ausreichenden Informationsniveau auf lokaler, allgemeiner politischer und gesellschaftlicher Ebene sowie im Hinblick auf verschiedene Betätigungsmöglichkeiten
- einem ausreichenden Informationsniveau in bezug auf Fragen des menschlichen Alterns und damit zusammenhängender Fragen
- Unterhaltungsangeboten
- angemessenen Bedingungen in der eigenen Wohnung bei Behinderungen durch Haushaltshilfe
- angemessener Versorgung mit Mahlzeiten bei Behinderungen
- Pflege im Krankheitsfall
- Beratung bei Behördenangelegenheiten
- Stützung und Ausbau der eigenen Aktivität.

1.4.4. MASSNAHMEN ZEITGERECHTER OFFENER ALTENHILFE

Die oben aufgelisteten Zielsetzungen führten in den einzelnen Bundesländern der Bundesrepublik zu einem mehr oder weniger umfangreichen Angebot entsprechender Maßnahmen. BECKER, der in einer Feldstudie (1975) 38 Altenpläne von Städten, Landkreisen und Ländern verglichen hat, stellt in der offenen Altenhilfe "bei deutlicher Expansion der Bemühungen noch erhebliche und charakteristische Mängel" (S. 147) (vgl. 1.4.7.) fest.

Eine Maßnahmenzusammenfassung von RÜCKERT (1979) ergibt folgendes Bild:

> Vorbereitung auf das Alter; Informationen zu Veranstaltungen, Diensten und Einrichtungen durch Publikationen; Beratung (Auskunft, Rat, individuelle Lebenshilfe); Bildungsangebote; mobiler Bücherdienst; mobiler Vorlesedienst; mobiler Schreibdienst; Altensport, Altengymnastik etc.; Altenerholung; Besuchsdienst; Begleit- und Rollstuhldienst; Fernsprechdienst/ Telefonkette; Wäschedienst; Mahlzeitendienst; häusliche Krankenpflege und Hauspflege; Altenkuren; Ausleihen von Pflegegeräten; physikalisch-therapeutische Dienste und Ergotherapie; Altenclub; Altentagesstätte.

SCHMITZ-SCHERZER (198o) gliedert diese Maßnahmen nach Angebotstypen:

1. Bildungs-, Freizeit- und Hobbyangebote z.B. in Altenclubs und Altentagesstätten
2a. Altenwerkstätten (betriebswirtschaftlich organisiert)
2b. Altenwerkstätten (Hobbyangebote)
3. Arbeitsvermittlung, Tätigkeitsvermittlung
4. *Serviceleistungen* (Haushaltshilfe, Essen auf Rädern etc.)
5. Altenerholung, Altenurlaub, Altenreisen
6. Rehabilitationseinrichtungen
7. Tagesheime
8. Tageskliniken
9. Altenclubs
1o. *Seniorenzentren*

Eine ausführliche Darstellung aller Typen kann an dieser Stelle nicht erfolgen; es wird im besonderen nur auf Punkt 4., Serviceleistungen (vgl. 1.4.5.1.) und Punkt 1o., Seniorenzentren, eingegangen, wobei auch die Bündelung verschiedener oben aufgeführter Angebote behandelt wird (vgl. 1.4.5.1. und 2.2.2.).

1.4.5. SERVICELEISTUNGEN DER OFFENEN ALTENHILFE

Bei der Darstellung von Serviceleistungen der offenen Altenhilfe interessieren besonders die verschiedenen Arten dieser Leistungen, sowie Bedarf, Umfang, Bekanntheitsgrad und auftretende Schwierigkeiten.

1.4.5.1. Überblick über Serviceleistungen

Die ambulante Haushilfe

Der Ausbau ambulanter Haushilfe in der Bundesrepublik konnte sich an den Planungen und Entwicklungen derartiger Dienstleistungen in den skandinavischen Ländern, jedoch auch in den Niederlanden, Großbritannien (home-help-services), Frankreich ("service d'aide ménagère") und der Schweiz orientieren, wo bereits 1954 in Zürich der erste Haushilfedienst für Betagte ins Leben gerufen wurde.

AMANN (1978, S. 329) stellt anhand einer Durchsicht verfügbarer Publikationen aus westlichen industrialisierten Staaten zur Heimhilfe/Hauspflege fest, daß Leistungen hierzu generell in den folgenden drei Bereichen erbracht werden:

> "1. Haushaltsaufgaben
>
> Hierzu gehören Putzen, Einkaufen, Kochen, Wäschewaschen, Abwaschen etc.,

2. Persönliche Pflege

   Hilfe bei der körperlichen Hygiene, Unterstützung und Betreuung auch krankenpflegerischer Art mit der spezifischen Einschränkung, wie AMANN es ausführt, daß die Leistungen nicht eine qualifizierte Ausbildung voraussetzen, etc.,

3. Soziale Integrationsarbeit

   Hierzu gehören inner- und außerhäusliches Kontakteknüpfen oder Kontaktwahren, Gesprächsführung im Sinne psychischer Stützung und Animation, Integration in die (eventuell vorhandene) Familie oder Verwandschaft durch Arrangement von Besuchen und Mithilfe, Einbezug der Nachbarschaft, Organisation von Besuchen in Altenclubs oder -zentren, Einbezug des Betreuten sowie wie möglich vor allem in die außerhäuslichen Tätigkeiten (Spaziergang zu Einkaufszwecken, wenn der Betreute auf der Straße allein nicht mehr sicher ist), etc."

Gerade diese Verbindung zwischen Haushilfe bzw. -pflege und Anstößen zur Verbesserung von Integration und Freizeitgestaltung ist wichtig, da nur in dieser Form einer Vereinsamung auf wirksame Weise entgegengewirkt werden kann.

Die Übergänge zwischen reiner Haushaltshilfe und Hauspflege sind in den einzelnen Ländern mehr oder weniger fließend und in der Praxis wohl auch kaum klar voneinander abzugrenzen.

Weiter sollen an dieser Stelle kurz zwei weitere Formen ambulanter Dienstleistungen erwähnt werden, die als Alternative oder Ergänzung zur ambulanten Haushilfe in der offenen oder halboffenen Altenhilfe eine wichtige Rolle spielen und auch Teilaspekte der sogenannten Verbundsysteme (vgl. 1.4.6.) bilden können.

Die Sozialstation

Ihr Vorteil liegt in der durch den Zusammenschluß von Leistungen verschiedener Träger und die enge Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenhäusern entstandene Bündelung ambulanter gesundheitsbe-

zogener und sozialpflegerischer Dienste, wobei ihre Hauptaufgabe in der Haus- und Familien-, Kranken- und Altenpflege besteht. Ihr Wirkungsbereich ist an keine bestimmte Altersgruppe gebunden und geht damit über die Pflege und Versorgung gebrechlicher alter Menschen hinaus. Die Hilfe bei der Bewältigung des täglichen Alltags steht weniger im Vordergrund. Sofern eine Sozialstation mit einer Einrichtung zeitgerechter Altenhilfe gekoppelt ist, beschränkt sich ihr Angebot auf Bewohner von Altenwohnungen, während Heimbewohner vom Hauspersonal betreut werden.
Bei vorübergehend pflegebedürftigen alten Menschen, in Notfällen oder bei akuten Krankheiten kann diese Dienstleistung, etwa in Verbindung mit ambulanter Haushilfe, dazu beitragen, eine Heimübersiedlung zu vermeiden.

Die zentrale Hilfevermittlung

Zwar verfügen einige dieser Einrichtungen über eigene Einsatzkräfte, doch ist ihr Hauptziel eher in der Vermittlung geeigneter Hilfen zu sehen, die bei dem geringen Bekanntheitsgrad vorhandener Dienste für ältere Menschen von großer Wichtigkeit ist. Je nach Bedarf wird hier die gesamte Palette nicht nur ambulanter Dienste, sondern auch teilstationärer oder stationärer Hilfsmaßnahmen angeboten.

1.4.5.2. Der Bedarf an ambulanten Hilfsdiensten

Der Bedarf an ambulanten Hilfsdiensten soll hier von zwei unterschiedlichen Perspektiven her behandelt werden; zum einen auf der Grundlage allgemeiner Statistiken, zum anderen im Spiegel der Gründe von Heimübersiedlungen.

Obgleich ambulante Hilfsdienste nicht immer nur auf alte Menschen beschränkt sind, gibt VAN DER MEY (1977) für die Niederlande einen Anteil von 65% für alle Altersgruppen angebotener Heimhilfe an, der alten Menschen zugute kommt. Für Großbritannien schätzt AMANN (1978) ähnliche Anteile, für Österreich eher noch höhere.

Für die Bundesrepublik können keine vergleichbaren Zahlen herangezogen werden, zumal Umfang und Angebot im Vergleich zu anderen Ländern noch zu wenig koordiniert bzw. bekannt sein dürften.

Bei der Schätzung des Bedarfs hauspflegerischer Dienste bei älteren Menschen in der Bundesrepublik stützt sich SCHREIBER (1976, S. 63) auf allgemein angenommene Anteile von 2o - 3o%, die dabei Haushaltshilfe mit einschließen.

TISMER et al. (1975) ermittelten ebenfalls einen Anteil von ca. 2o% älterer Menschen, die allein beim Putzen Hilfe benötigen (vgl. 1.3.4.3.).

Einen gewissen Aufschluß über den Bedarf gibt auch die hier gekürzt wiedergegebene Tabelle von BERGENER et al. (1979, S. 118), worin aber die von den Angehörigen oder anderen Personen geleistete Hilfe nicht berücksichtigt wird (vgl. 1.3.4.3.).

Mit BERGENER ist die Verfasserin der Meinung, daß diese subjektive Einschätzung nicht mit der realen Bedarfslage identisch sein muß.

Selbstverständlich muß bei der Ermittlung der Bedarfslage immer die Möglichkeit von Hilfen von familiärer Seite oder durch weitere private Bezugspersonen in Betracht gezogen werden, die auch zu einem insgesamt nach wie vor recht hohen Prozentsatz erbracht werden, vergleiche hierzu die unter 1.3.4.3. aufgeführten Daten.

Tab. 5 : Anteil d. Untersuchungspersonen, die v. Verbänden o.ä. Hilfe in Anspruch nehmen sowie Anteile der Untersuchungspersonen, die einen Hilfsbedarf angeben, aufgeteilt nach den untersuchten Bereichen

	Finanz.Unterst. Versorg.d. Verbände oder Kommune	Hilfen werden erwünscht (= Bedarf)
Kochen	2.1 %	6.3 %
Einkaufen	1.o	3.7
Wäschewaschen	5.8	4.5
Hand- und Fußpflege	5.1	5.4
Nutzung v. Verkehrsmitteln	3.2	3.9
Wohnungspflege	4.3	7.4
Schriftwechsel	2.1	5.4

Andererseits müßten überstrapazierte Familienmitglieder durch ambulante Dienste bis zu dem gewünschten Maß entlastet werden können. Viele Familien dürften sich noch scheuen, aus Angst vor dem "Gerede der Leute" (Kinder haben ihre alten Eltern zu umsorgen) fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, so daß auf diesem Sektor noch viel Öffentlichkeitsarbeit zu leisten ist. Voreilig wäre es allerdings auch, bei der reinen Existenz von Familienmitgliedern auf eine mehr oder weniger ausreichende Betreuung der älteren Menschen zu schließen. Was AMANN (1978, S. 321) mit "den Unwägbarkeiten der Beziehungen zu den Familienmitgliedern und Verwandten" umschreibt, ist schlichtweg nichts anderes als die Andeutung eines tiefgreifend gestörten Verhältnisses zwischen dem zu Betreuenden und den in Frage kommenden Bezugspersonen. ROSENMAYR (1975, S. 321) spricht in diesem Zusammenhang von einer möglichen "inneren Ambivalenz" in der Familie, bei der diese sich eigentlich zur Hilfe verpflichtet fühlt, andererseits aber uralte Familienstreitig-

keiten und damit verbundene unüberbrückbare Gegensätze gerade die Hilfe dieses Personenkreises ausschließen.

Eine Bestätigung der oben angestellten Erwägungen und damit einen weiteren Aufschluß über den Bedarf ambulanter Dienste dürften auch die folgenden Angaben zu den Gründen einer Heimübersiedlung vermitteln:

BERGENER et al. (1979) weisen darauf hin, daß zwar nur durchschnittlich 4% der über 65jährigen in der Bundesrepublik in Heimen leben, der Anteil der über 8ojährigen jedoch bei 13% liegt. TEWS (1979) bezieht sich auf Angaben des 'Mikrozensus' 1974 bei über 65jährigen, wonach 8% der über 75jährigen Frauen (4.1% der Männer) in Heimen leben. TEWS, der (S. 33o) warnend von einer "quantitativen Verharmlosung der Institutionalisierung" spricht, erscheint die Feststellung bedeutsam, daß für den einzelnen die Chance zur Institutionalisierung bis zum Lebensende besteht. Es bleibt wohl offen, ob es sich hierbei zum gegebenen Zeitpunkt in der Tat um eine Chance handelt, was vorläufig angezweifelt werden darf.

Als Beweggrund für eine Übersiedlung wurde neben einer Kombination anderer Gründe vorrangig der verschlechterte Gesundheitszustand (bei etwa 5o% der in den Untersuchungen der letzten Jahre Befragten) genannt, wobei der Anteil der Frauen überwiegt.

TEWS (1979) differenziert diese Zahlen jedoch, wenn er auf die zum Teil gleichgewichtigen sozialen Gründe hinweist, darunter u.a. fehlende Familienbeziehungen oder schlecht zu organisierende Hilfe.

In einer Studie von SCHMITZ-SCHERZER, SCHICK, KÜHN, PLAGEMANN (1978) ergaben sich als Aspekte des Heimübertritts bei den Befragten (hiervon hatte etwa ein Viertel ein Alter zwischen 6o und 75 Jahren, etwa 6o% waren 75 bis 85, 14,4% 85 bis 9o Jahre und der Rest (4,1%) 9o Jahre und älter) folgende Daten:

verschlechterter Gesundheitszustand	35,6 %
ungünstige Wohnverhältnisse	35,7 %
Unfähigkeit, sich weiter zu versorgen	51,6 %
Konflikt mit der Familie	7,4 %

Dem vorliegenden Material kann allerdings nicht entnommen werden, inwieweit

1. fehlende entsprechende ambulante Hilfsdienste,
2. die mangelnde Nutzung vorhandener ambulanter Hilfsdienste,
3. der unzureichende Bekanntheitsgrad derartiger Dienste

die Zahl der Heimübersiedler - jedenfalls auf die letzten zehn Jahre bezogen - beeinflußt hätte.

Es ist anzunehmen, daß sich hierunter auch ältere Menschen befinden, die sowohl gesundheitlich beeinträchtigt als auch wegen des Verlustes naher Angehöriger vereinsamt waren, jedoch aus einer Reihe von Vorbehalten Einrichtungen der offenen Altenhilfe nicht in Anspruch nehmen wollten.

THOMAE/KRANZHOFF (1979), die die Beziehungen zwischen der Nutzung von Einrichtungen und Veranstaltungen der offenen Altenhilfe und Lebenszufriedenheit untersuchten, stellen hierzu fest (S. 9o):

"Wie im Falle der Inanspruchnahme von Sozialhilfe, die von einem Teil der bedürftigen älteren Menschen verweigert wird (siehe hierzu u.a. BUJARD-LANGE 1978) liegen auch in bezug auf gesundheitliche und soziale Notstände (wie starke Behinderung zusammen mit Einsamkeit) oft psychologische Barrieren vor, welche die Annahme des Angebots von Maßnahmen der offenen Altenhilfe

verhindern" (und schließlich auch zu einer vorzeitigen Heimübersiedlung führen können, die Verf.).

Weiter muß eine Wechselwirkung zwischen dem Bedarfsumfang und der wahrgenommenen Möglichkeit, diesen überhaupt decken zu können, in Betracht gezogen werden, so daß bei einem vergrößerten Angebot mobiler Dienste und dem damit steigenden Bekanntheitsgrad auch mit einem steigenden Bedarf zu rechnen ist.

Es dürfte auch irreführend sein, davon auszugehen, daß alle in Institutionen der geschlossenen Altenhilfe lebenden älteren Menschen dort bedarfsgerecht untergebracht sind. Man muß davon ausgehen, daß eine Vielzahl sich dort oft nunmehr ohne eigenen Hausstand für immer und "totalversorgt" aufhält, obgleich sie nur infolge fehlender anderweitiger ambulanter Ressourcen oder einer akut aufgetretenen, aber rehabiliierbaren Unfähigkeit, weiter in der eigenen Wohnung zu leben, hineingeraten ist.

Die von MAJCE (1978, S. 277) aus der Untersuchung von LOHMANN (197o) übernommene Tabelle gibt hierzu einen interessanten Aufschluß (vgl. 1.3.4.2.).

Tab. 6 : Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit in Altersheimen in der Bundesrepublik

Sind Sie immer, häufig, selten oder bisher nicht bettlägerig bzw. pflegebedürftig?	Oberhausen n = 135	Neuß n = 197	Bremen n = 154	Landkreis n = 2o1	Stuttgart n = 174	Düsseldorf n = 718
immer	4	4	2	1o	4	5
häufig	9	4	3	4	5	9
selten	45	23	27	25	25	34
bisher nicht	42	68	68	61	61	52
keine Antwort	-	1	-	-	-	-
%	1oo	1oo	1oo	1oo	1oo	1oo

Facit: Neben tatsächlich erforderlich werdenden Heimübersiedlungen finden kontinuierliche Fehlplacierungen statt mit dem betrüblichen Ergebnis, daß durchaus kompetente ältere Menschen aufgrund des Heimcharakters in die Rolle des Gebrechlichen oder Kranken hineinmanövriert werden, bis daraus, da sie nur dadurch - wenn überhaupt - positive Bekräftigung erfahren, schließlich bittere Wahrheit wird oder werden kann.

In zwei in Großbritannien durchgeführten staatlichen Studien wurden Serviceintensität, Dauer und Komplexität von Heimhilfe analysiert. HARRIS (1968) ermittelte pro Betreuten durchschnittlich 3 - 4 Stunden wöchentlich, in einigen Gebieten jedoch auch 9 - 1o Stunden, wobei es keine Angaben über den Grad bestehender Hilfsbedürftigkeit gibt. HARRIS vermutet hierbei eher eine Orientierung an dem Ausmaß überhaupt zur Verfügung stehender Haushilfe-Angebote oder den Organisationsformen der Träger als an den effektiven Bedürfnissen der zu Betreuenden.

Die Studie von HUNT (197o) kam zu ähnlichen Ergebnissen, wobei sich im Durchschnitt wöchentlich zwei Hausbesuche von ca. 2 1/2 Stunden ergaben. Allerdings wurde von den Betreuten u.a. unzureichende Hilfe für schwer Hilfsbedürftige und zu frühe Beendigung von Hilfsmaßnahmen beklagt.

SCHREIBER (1976, S. 63) zieht dänische Daten (ohne weitere Quellenangaben) heran, die für das Jahr 1967 den folgenden Bedarf anderweitiger Hilfe ermittelten, z.B. durch die Familie:

15 % der alten Bevölkerung benötigte Haushilfe täglich

5o % der alten Bevölkerung benötigte Haushilfe ein bis vier Stunden pro Woche

2o % der alten Bevölkerung benötigte Haushilfe sechs Stunden pro Woche

15 % der alten Bevölkerung benötigte Haushilfe sieben Stunden und mehr pro Woche

1.4.5.3. Zum Bekanntheitsgrad ambulanter Hilfsdienste

Die Studie von SCHMITZ-SCHERZER, SCHICK, KÜHN, PLAGEMANN, KRANZHOFF zur Vorbereitung auf den Ruhestand (1977) führt zu dem Ergebnis, daß 82% der Befragten (Durchschnittsalter 57 Jahre, Altersspanne von 5o bis 65 Jahre, N = 1.834) von den Dienstleistungen offener Altenhilfe das "Essen auf Rädern" und 73% die Haus- und Krankenpflege bekannt waren, aber nur ein Fünftel der Befragten sich über Angebote, wie Hausreinigung, Besuchsdienste, Erledigung von Botengängen, Fußpflege etc. informiert zeigte, wobei der Bekanntheitsgrad bei den jüngsten Befragten am größten war.

In einer Repräsentativbefragung 6ojähriger und älterer Bürger (N = 237) aus dem Jahre 1977 in Hannover-Südstadt (BRANDT, 1979) entschieden sich 18,6 der Probanden bei der Frage, welche Maßnahmen für ältere Menschen zusätzlich erforderlich seien, für die mobilen Hilfsdienste, die damit den zweithöchsten Rang einnahmen (nach ambulanter Krankenpflege/Sozialstation mit 23,2%).

Von besonderem Gewicht erscheint die Tatsache, daß die hier wiedergegebenen Ergebnisse auf der Auswahl anhand vorgegebener Auflistungen beruhen. Bei der vorangegangenen freien Befragung in Hannover entfielen auf die mobilen Hilfsdienste lediglich 6,3%, während 43,5% der älteren Menschen zu der Frage, welche Hilfen sie wohl brauchten, überhaupt nichts zu sagen wußten. Es muß wohl darauf geschlossen werden, daß der Bekanntheitsgrad bereits vorhandener mobiler Dienstleistungen bei vielen älteren Menschen noch so gering ist, daß aus eigenem Antrieb bei ihrem Fehlen nicht einmal die Forderung danach erhoben werden kann.

Die Bündelung verschiedener Formen offener Altenhilfe, also auch mobiler Hilfsdienste (vgl. 1.4.5.1.) erscheint also auch unter dem Gesichtspunkt des damit beabsichtigten Bekanntheitszuwachses notwendig.

1.4.6. ZU MODELLEINRICHTUNGEN INNERHALB DER OFFENEN ALTENHILFE

Obgleich - wenn auch, wie oben behandelt, noch von unterschiedlichen Ansätzen her - vielerorts Pläne zur zeitgerechteren Gestaltung der Altenhilfe entwickelt wurden, fehlt es bisher, vornehmlich in der offenen Altenhilfe, an wissenschaftlichen Aufbereitungen von bei der praktischen Umsetzung und Erprobung neuer Formen und Maßnahmen gesammelten Erfahrungen. NARR (1976): "Ein sorgfältiger Plan macht noch keine rosige Wirklichkeit (S. 83)." Hierzu gehören u.a. Daten zur Bedarfsgerechtigkeit von Maßnahmen im Hinblick auf die Empfängerschaft, deren Lebensbedingungen sowie die Ermittlung und zeitliche Entwicklung ihrer effektiven objektiven und subjektiv empfundenen Bedürfnislage aus physischer, psychischer, sozialer oder ökonomischer Sicht.

Im Hinblick auf die große interindividuelle Variabilität älterer Menschen bieten sich hierzu als Untersuchungsgrundlage in erster Linie Modelleinrichtungen an, in denen in mehr oder weniger gebündelter Form neue Konzeptionen verwirklicht werden.

BRANDT (1979) stellt in seiner Studie 'Modelle offener Altenhilfe' 18 zum Teil komplexe Alteneinrichtungen vor, in denen vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit die Bereiche als Modell gefördert wurden, die der offenen Altenhilfe zuzurechnen sind.

Es handelt sich hierbei um Einrichtungen unterschiedlicher Träger und Konzeptionen mit einer Vielfalt von Kombinationsformen (Verbundsysteme) geschlossener mit halboffener oder offener Altenhilfe. Die Angebote reichen dabei von differenzierten Wohnformen (Altenwohnung bis Altenblindenheim und Pflegeheim) über Begegnungsmöglichkeiten (Altentagesstätten, Altenclubs) und therapeutische Maßnahmen bis zu ambulanten Dienstleistungen, darunter auch "Essen auf Rädern".

Von den 13 Einrichtungen, die eine oder mehrere Wohnformen anbieten, verfügen 11 gleichzeitig über einen Altenclub oder eine Altentagesstätte.

Von diesen 11 Modellen

arbeiten	5	mit einer Sozialstation zusammen oder integrieren diese,
unterhalten	3	mobile Hilfs- und Fahrdienste
und	1	eine zentrale Hilfevermittlung,

wobei davon in einem Fall (Bonn) sowohl Sozialstation als auch mobile Hilfs- und Fahrdienste und in einem weiteren Fall (Bremen-Huchting) mobile Hilfs- und Fahrdienste und zentrale Hilfevermittlung gebündelt angeboten werden. Zwei weitere Einrichtungen, in denen sich zwar Wohn-, Pflege- und Therapiemöglichkeiten, aber keine Tagesstätten befinden, verfügen über eine (die 6.) Sozialstation (Koblenz) bzw. über mobile Hilfs- und Fahrdienste und zentrale Hilfevermittlung (Frankfurt-Seckbach).

Obgleich die Zahlen erkennen lassen, daß in der Praxis effektiv Fortschritte gemacht werden, besonders was die für die Durchlässigkeit der geschlossenen Altenhilfe gegenüber ihren anderen Formen so wichtige Kombination verschiedener Wohntypen mit Tagesstätten angeht, so sind doch auch hier die Angebote zur ambulanten Haushilfe, ob gebündelt oder nicht, noch auf einige wenige Fälle beschränkt. Es fällt auch auf, daß sich unter den 18 geförderten Modelleinrichtungen nur eine Tagesstätte ohne weitere Anbindung (Bürgerhaus Oststadt, Essen) befindet, bei der es sich zudem nicht um eine ausgesprochene Alteneinrichtung, sondern um einen Treffpunkt für alle Altersgruppen handelt, der auch der Integration älterer Menschen dienen soll. Es werden Beratung sowie regelmäßige Veranstaltungen angeboten, außerdem verfügt dieses Haus über ein Altenpflegedepot.

Insgesamt gesehen, trifft jedoch auf keine der beschriebenen Einrichtungen, sieht man einmal von den Möglichkeiten in den

großen Dienstleistungsmodellen Bremen-Huchting und Frankfurt-Eckenheim ab, das Konzept eines reinen *Senioren-Tageszentrums* zu, das weit über die Möglichkeiten der herkömmlichen Altenclubs (vgl. STENGER, 1977 und BUSCH, 1976), deren Programm noch häufig lediglich im "gemütlichen Beisammensein" mit Kaffee und Kuchen und gelegentlichen Ausfahrten und Besichtigungen besteht, hinausgeht wie auch über das der Altentagesstätten, mit ihren zwar erweiterten, aber aus ökonomischen Gründen auf einige Schwerpunkte beschränkten Angeboten.

Es ist daher um so mehr zu begrüßen - und ruft zur Nachahmung auf - wenn durch private Initiative und frei von finanziellen und anderweitigen Erwägungen die Errichtung einer Begegnungsstätte ermöglicht wurde, in der in ihren Wohnungen lebende ältere Menschen ihren individuellen Bedürfnissen auf physischem, psychischem und sozialem Gebiet entsprechende breitgefächerte und unter einem Dach integrierte mehrdimensionale Angebote der offenen Altenhilfe finden, zu denen - falls erforderlich - eben auch die Hilfestellung bei der Alltagsbewältigung in Form eines ambulanten Haus- und Pflegedienstes gehört (vgl. 2.2.4.1.).

Nähere Angaben zur Entwicklung des Senioren-Zentrums "HAUS IM PARK", in dem die vorliegende Studie durchgeführt wurde, finden sich unter 2.2.2. , zu den einzelnen Angeboten unter 2.2.3. .

1.4.7. Zu Problemen innerhalb der offenen Altenhilfe

Erschwernisse in der Altenarbeit, die die kontinuierliche und einheitliche Durchsetzung zeitgerechter Maßnahmen noch erheblich stören, sind auf zwei Hauptfaktoren zurückzuführen:

Die erste Schwierigkeit liegt in dem häufig unkoordinierten Nebeneinanderwirken einer Vielzahl unterschiedlicher (öffentlicher und freigemeinnütziger) Träger und Einrichtungen der offenen Al-

tenhilfe, das neben dem Entstehen allgemeinen Konkurrenzdenkens und von Kompetenzstreitigkeiten oft zur Verzettelung auf dem Angebotssektor, zu Versorgungsmängeln und zur Verminderung von Bekanntheitsgrad und Effektivität führt.

ZIMMERMANN (1978) spricht dabei überpointiert, wie er selbst zugibt, "von einer Personalstruktur, bei der inzwischen eine Vielzahl von Spezialberufen geschaffen ist, die bald mehr mit gegenseitigen Abgrenzungsfragen beschäftigt sind als mit ihrem eigenen Aufgabengebiet" (S. 53).

Die zweite Schwierigkeit liegt in den nach wie vor vorhandenen Gegensätzen von althergebrachten traditionellen Auffassungen (Defizit-Modell, Alterssstereotypien) und neueren Ansätzen. Wie stark der Einfluß des unterschiedlichen Altersbildes auf mehrfache Aspekte der Altenhilfe in der Gesellschaft derzeit noch ist, zeigt sich auch in den jeweiligen Altenplänen der einzelnen Bundesländer und Kommunen im Hinblick auf Umfang, Art und Qualität geforderter oder ergriffenen Maßnahmen.

NARR (1976) gelangte bei einem Vergleich von Altenplänen der Länder Baden-Württemberg (1973) und Nordrhein-Westfalen (1972) zu der Feststellung, daß trotz oberflächlicher Ähnlichkeit zwischen beiden Plänen "tendentiell" gravierende Unterschiede" (S. 69) auftreten.

Sie führt aus: "Während im Plan NR/W ..... als Voraussetzung für sinnvolle Altenplanung ..... die Erörterung der Zusammenhänge zwischen Alter und Gesellschaft gesehen wird, fehlt eine derartige grundsätzliche Überlegung im Plan B/W überhaupt. ..... Altern wird hier weitgehend als biologisch bedingter Vorgang des körperlichen und geistigen Abbaus gesehen."

Als Konsequenz bemerkt KÜHN (1975) lakonisch, daß die Chancen alter Menschen (d.h. mit den erforderlichen Hilfestellungen ihr Leben in gewohnter Weise fortzusetzen, d. Verf.) in einzelnen Ländern der Bundesrepublik unterschiedlich sind.

Sie sind es in der Tat. Denn das Defizit-Modell wirkt nicht nur noch immer in den für die Altenpläne zuständigen Gremien sowie zum Teil in den älteren Menschen selbst oder ihren Angehörigen, sondern auch in der Einstellung und im Verhalten des in der Altenarbeit tätigen Personals, so daß dessen möglicher ganz wesentlicher praktischer Beitrag gerade zur Überwindung von Vorurteilen dem Alternsgeschehen gegenüber eine entsprechende auf gerontologischen Erkenntnissen beruhende Aus- bzw. Weiterbildung oder Schulung bedingt und die Forderung danach immer stärker in den Vordergrund rücken muß. Diese Forderung schließt dabei sowohl hauptamtliche als auch teilzeitbeschäftigte oder ehrenamtliche Mitarbeiter(innen) ein, dies besonders im Hinblick darauf, daß gerade der Bedarf an freiwilligen Helfern und Helferinnen in der offenen Altenhilfe mit dem allmählichen Ausbau ambulanter Dienstleistungen mehr und mehr ansteigen wird.

Als einer der wesentlichsten Aspekte innerhalb dieser Ausbildung oder Schulung muß dabei die Behandlung der unterschiedlichen Gründe und der Gefahr von Überbetreuungen älterer Menschen (Helfersyndrom) angesehen werden.

1.5. DER EIGENE UNTERSUCHUNGSANSATZ

Wie die vorausgegangenen Ausführungen erkennen lassen, muß es ein wichtiges Anliegen gerontologischer Forschung und besonders der differentiellen Gerontologie sein, zum einen in großem Rahmen die Hintergründe unterschiedlicher Alternsformen und das dabei empfundene Maß an Lebenszufriedenheit zu ermitteln, zum anderen jedoch auch zunehmend Einsichten in die zeitliche Entwicklung ganz spezifischer Kompetenzen als den Voraussetzungen erfolgreichen Alterns bzw. von Lebenszufriedenheit (vgl. 1.2.3.2.) zu gewinnen.

Soweit es sich dabei um Studien zur Entwicklung von Kompetenzaspekten von betreuten, also bereits gesundheitlich mehr oder weniger beeinträchtigt in ihren Privatwohnungen lebenden älteren Menschen handelt, liegen hierüber bisher nur vereinzelt und in unzureichendem Umfang Forschungsergebnisse vor.

Demgemäß soll das Hauptgewicht der vorliegenden Follow-up Studie nicht in der Verfolgung des Maßes vorhandener Lebenszufriedenheit, auf deren Umfang hier anhand der gefundenen Daten nur geschlossen werden kann, liegen. Vielmehr soll im Mittelpunkt die Beobachtung von Konstanz und Veränderung der mit einer der wichtigsten Voraussetzungen allgemeiner Lebenszufriedenheit, d.h. besonders subjektiv empfundener, funktioneller gesundheitlicher Kompetenz, verbundenen Alltags-Kompetenz stehen sowie ihrer weiteren Beziehungen zu ausgewählten Außenkriterien.

Der Betonung kognitiver Betrachtungsweisen gemäß der Kognitiven Persönlichkeitstheorie (THOMAE, 197o, 1971, vgl. 1.2.3.2.) wird in der gesamten Studie eine vorrangige Bedeutung eingeräumt.

Um nähere Aufschlüsse über die zeitliche Entwicklung von Kompetenzaspekten nicht nur über Altersgruppen (also im Querschnitt) zu gewinnen, wurde die Methode des "Follow-up", d.h. einer zwei-

maligen Befragung der Stichprobe innerhalb eines gesetzten Zeitraumes, gewählt, die innerhalb des Bereiches der in der gerontologischen Forschung zunehmend an Gewicht gewinnenden Längsschnittmethoden anzusiedeln ist (vgl. 1.2.1.).

Wie bereits unter 1.3.4.3. deutlich wurde, ist (Alltags-)Kompetenz mit LAWTON (1978) ein Konstrukt, das inhaltlich in vielfältiger Weise zu definieren ist, jedoch grundsätzlich nur über spezifische Verhaltensweisen, die das Vorhandensein von Kompetenz in sich schließen, gemessen werden kann.

Alltags-Kompetenz in der vorliegenden Studie soll als ein wesentlicher Teilaspekt 'sozialer Kompetenz' im Sinne THOMAES (1979, vgl. 1.2.3.) verstanden werden. Durch Einschluß einer Reihe elementarer funktioneller Kompetenzen soll über die in dieser Liste zusammengefaßten Verhaltensweisen die Fähigkeit zur (noch oder wieder) selbständigen Lebensführung in der eigenen Wohnung auch bei relativ hoher gesundheitlicher Beeinträchtigung (vgl. SHANAS, 1968, unter 1.3.4.3.) mit entsprechender Unterstützung und Betreuung von anderer Seite überprüft werden.

Demgemäß würde sich eine allgemein gute bis sehr gute Einschätzung der Alltags-Kompetenz vermutlich stark an THOMAES noch weiter gefaßte 'soziale Kompetenz' annähern.

Eine normale Alltags-Kompetenz sollte sich auszeichnen durch ein ausreichendes Maß an subjektiv und/oder objektiv zu ermittelnder funktioneller Fähigkeiten auf körperlichem und geistigem Gebiet (hier am Gedächtnis überprüfbar), die es dem Individuum gestatten, sowohl anfallenden, die Selbstversorgung und den Haushalt betreffenden Aufgaben innerhalb und tunlichst auch außerhalb (wenn auch mit mehr oder weniger großer anderweitiger Hilfe) der Wohnung gerecht zu werden und ein gewisses Maß an Sozialkontakten und persönlichen Aktivitäten aufrechterhalten zu können.

Mit Blick auf geistige Fähigkeiten stellen SCHAIE und SCHAIE (1977, S. 715) hierbei einer 'borderline competence' eine verbleibende und ausreichende intellektuelle Kompetenz gegenüber, die den Befragten befähigt, "to engage in reasonably prudent management of his daily affairs and the problem solving efforts required for this purpose".

Dieser Aspekt wird in der vorliegenden Studie zusätzlich durch eine gesonderte Fremdeinschätzung räumlichen und zeitlichen Orientierungsvermögens sowie des generellen Realitätsbezuges (vgl. 4.6.2.1.) überprüft.

Alltags-Kompetenz im vorgenannten Sinne muß somit eine Vielzahl einzelner funktioneller Fähigkeiten, wie sie der tägliche Alltag eben erfordern kann, in sich vereinen, die zwar in hohem Maße körperliche Beweglichkeit und Mobilität berücksichtigen, aber inhaltlich über diese hinausgehen. Demgemäß wurde die Alltags-Kompetenz-Liste, wie sie in der vorliegenden Studie Verwendung findet, ergänzt durch einige Items zur Überprüfung der Gedächtnisleistungen sowie der Fähigkeit zur Pflege von Sozialkontakten (vgl. hierzu auch 4.1.).

Die Zusammenstellung dieser Liste wurde beeinflußt durch die Items der PHYSICAL SELF-MAINTENANCE SCALE (PSMS) (LOWENTHAL, 1964)und die INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE (IADL)) (LAWTON and BRODY, 1969). (Vgl. auch KATZ et al., 197o; LEERING, 1975; BILD and HAVIGHURST, 1976).

Beide Fremdeinschätzungsskalen wurden ursprünglich für institutionalisierte ältere Menschen, darunter auch Patienten mit psychiatrischen Symptomen, entwickelt. Während die PSMS eine Unterteilung der Kompetenzbereiche nach dem Gesichtspunkt der physikalischen Selbstversorgung anhand der Variablen Kontinenz (Toilet), Essen (Feeding), Anziehen (Dressing), Körperpflege (Grooming), Fortbewegung (Physical Ambulation) und Baden einschl. Duschen (Bathing) vornimmt, enthält die IADL unter dem Aspekt

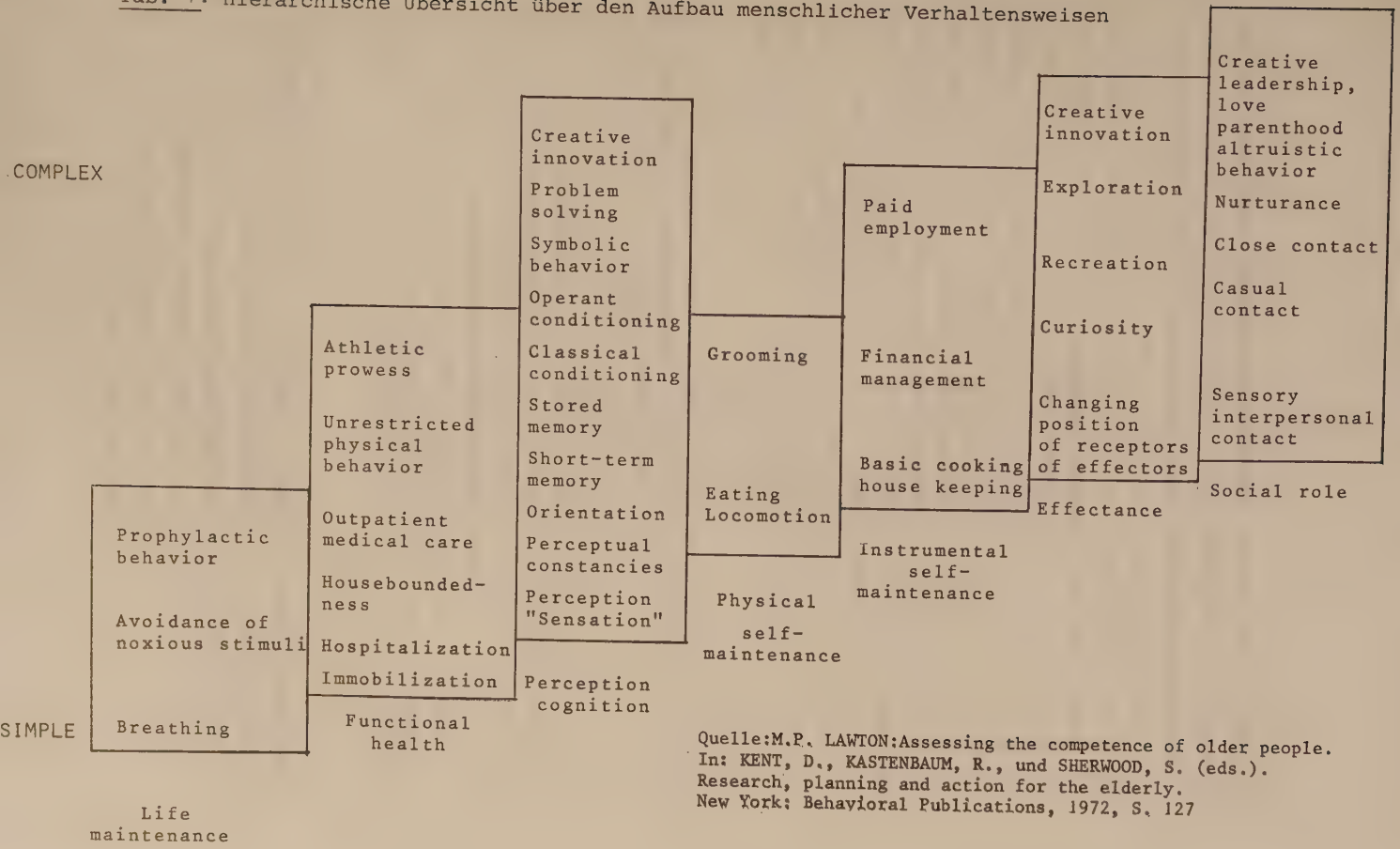
der Fähigkeit zur instrumentellen Selbstversorgung folgende Variablen: Telefonieren (Ability to use telephone), Einkaufen (Shopping), Ernährung (Food Preparation), Haushaltsführung (Housekeeping), Wäschewaschen (Laundry), Mobilität, d.h. Art der Fortbewegung (Mode of Transportation), Eigenverantwortung für erforderliche Medikamenteneinnahme (Responsibility for own Medication) und Fähigkeit zur Regelung finanzieller Angelegenheiten (Ability to Handle Finances).

LAWTON und BRODY (1969) weisen auf die vielseitige Verwendbarkeit beider Skalen zur Kompetenzmessung bei älteren Menschen, die entweder bereits in Institutionen leben bzw. deren Aufnahme dorthin angestrebt wird, hin. Weiter seien sie einsetzbar bei älteren Menschen, die nach Rückkehr aus Institutionen unter geeigneter Betreuung wieder in Senioren-Anlagen wohnen können.

Zur Frage des Aufbaus menschlicher Kompetenz, die auch den Bereich der Alltags-Kompetenz miteinschließt, hat sich LAWTON (1972, 1977, S. 281) erneut eingehend geäußert. Er entwickelte in diesem Zusammenhang als grobes Raster eine Übersicht über einen mit biologischen Primärfunktionen beginnenden und von Säule zu Säule (vgl. Tab. 7) an Komplexität zunehmenden hierarchischen Aufbau funktioneller Verhaltenseinheiten, wobei spezifische Verhaltensweisen entsprechend ihrem Komplexitätsgrad wiederum sowohl innerhalb jeder Säule aufeinander aufbauen oder sich auch von Säule zu Säule in ihrer Bedeutung überlappen können. Dabei betont LAWTON allerdings, daß die Hierarchie zwischen den einzelnen Verhaltenseinheiten in erster Linie durch die ansteigende Höhe der einzelnen Säulen zu erkennen sei. Menschliches Verhalten wird damit in funktionelle Fähigkeiten zur Bewältigung einer Fülle von Aufgaben zerlegt.

Gemäß diesem Schema umfaßt die in dieser Studie verwendete Alltags-Kompetenz-Liste Fähigkeiten der Lebenserhaltung, der physikalischen und instrumentellen Selbstversorgung im Sinne funktioneller Gesundheit auch hinsichtlich häuslicher und außerhäuslicher Mobilität; ferner intellektuelle Fähigkeiten sowie

Tab. 7: Hierarchische Übersicht über den Aufbau menschlicher Verhaltensweisen



Quelle:M.P. LAWTON:Assessing the competence of older people. In: KENT, D., KASTENBAUM, R., und SHERWOOD, S. (eds.). Research, planning and action for the elderly. New York: Behavioral Publications, 1972, S. 127

Fähigkeiten zur Pflege von Sozialkontakten im Sinne geistiger und sozialer Gesundheit (vgl. 1.3.1.).

Es wurden folgende 28 Items ausgewählt:

s. ankleiden
WC benutzen
sich waschen
Duschen
Baden
sich kämmen/rasieren
sich das Haar waschen
Nagelpflege
Fußpflege
Kochen
Essen
die nötige Medizin nehmen
Abwaschen
Fegen
Staubsaugen
Staubwischen
Fensterputzen
Aufwischen
Wäschewaschen
sicher mit Geld umgehen
schnell gewünschte Gegenstände finden
sich sicher innerhalb der Wohnung bewegen
sich sicher von der Wohnung auf die Straße begeben
sich sicher im Straßenverkehr bewegen (zu Fuß)
öffentliche Verkehrsmittel benutzen
Einkaufen
Besuche empfangen
Besuche machen

Die Items wurden folgenden 5 Bereichen (vgl. 4.6.) zugeordnet:

Bereich der Körperpflege
Bereich der Ernährung
Bereich der Haushaltsführung
Bereich der Gedächtnisleistungen
Bereich der Mobilität

Obgleich mit dem Älterwerden die Mannigfaltigkeit von Aufgaben, bei denen instrumentelle Kompetenz erforderlich ist, gegenüber früheren Lebensabschnitten durch eine Reihe von Kausalitäten (vgl. 1.2.1.1.) eine - wenn auch höchst individuell, also nicht generell - drastische Einschränkung erfahren kann, läßt die vorliegende Studie und damit die Alltags-Kompetenz-Liste, die auch unter anderen Hauptgesichtspunkten, z.B. lediglich dem Umfang allgemeiner Beweglichkeit bzw. Mobilität (vgl. 1.3.4.2.) hätte spezifiziert werden können, selbstverständlich nur eine begrenzte Auswahl möglicher Items zur Erfassung der Alltags-Kompetenz älterer Menschen zu. Mit Rücksicht auf die hier gegebene Lebenssituation der untersuchten Stichprobe wurde die vorliegende Itemauswahl getroffen, die im übrigen inhaltlich die von älteren Menschen vorrangig als zunehmend beschwerlich bezeichneten Tätigkeiten des täglichen Lebens (vgl. 1.3.4.3.) voll berücksichtigt.

Es sei nicht unerwähnt, daß LAWTON und BRODY (1969) auf die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bedeutung einzelner Kompetenzbereiche hinweisen.

Als Grundlage für das Messen weiblicher Kompetenz bei Alltagsverrichtungen sehen sie u.a. die Bereiche Einkaufen, Kochen oder Wäschewaschen an, insgesamt also Bereiche der Haushaltsführung, während sie das Erfassen männlicher Alltags- Kompetenz in ihrer Skala eher den Bereichen Mobilität (use of transportation) und Umgang mit Geld (handling money) zuschreiben.

Angesichts des in der vorliegenden Studie vorrangigen Interesses am Messen des in unterschiedlichen Abstufungen vorhandenen Umfanges einzelner Kompetenzaspekte dieser Stichprobe, die sich ja bereits durch die Kompetenz auszeichnet, in ihren ei-

genen Wohnungen (wenn auch betreut) leben zu können, wurde die Möglichkeit der Einschätzung durch eine 5-stufige, gleichabständige Antwortskala gewählt.

1 = fällt sehr leicht
2 = fällt leicht
3 = fällt weder besonders leicht noch besonders schwer
4 = fällt schwer
5 = fällt sehr schwer

Um bei der relativ kleinen Stichprobe zu einer geeigneten Validierung zu gelangen, wurde diese Alltags-Kompetenz-Liste den Befragten selbst wie auch ihren Betreuerinnen vorgegeben.

In Ergänzung zur Alltags-Kompetenz-Liste wurde eine Aktivitäten-Liste (vgl. 4.3.1.) zusammengestellt. Sie hebt sich insofern von der Alltags-Kompetenz-Liste ab, als in ihr größtenteils Tätigkeiten zusammengefaßt werden, die über den Rahmen 'normaler' Alltagsbewältigung hinausgehen, also nicht mehr ohne weiteres als obligatorisch anzusehen sind, sondern vielmehr den Bereich individueller sozialer und persönlicher Freizeitaktivitäten abstecken.

Gerade in dieser Eigenschaft aber hat auch die Aktivitäten-Liste eine gewisse Validierungsfunktion.

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang der Aspekt, daß LAWTON (1978, S. 7) mit Verweis auf seine hierarchische Übersicht unter der Verhaltenseinheit *Effectance* vornehmlich Freizeitaktivitäten ansiedelt, wobei er sich ausdrücklich auf WHITE (1959) ".... what the neuromuscular system wants to do when otherwise unoccupied or gently stimulated by the environment" (vgl. 1.1.2.1.) bezieht.

Auf dem geschilderten Hintergrund sollen in der vorliegenden Studie folgende Fragen beantwortet werden:

1. Wie ist die Beschaffenheit der Alltags-Kompetenz?
   a. im Selbsturteil der befragten älteren Menschen
   b. in der Fremdbeurteilung (Einschätzung der Betreuerinnen)

2. Welcher Interessen- und Aktivitätenradius begleitet die hier festgestellte Alltags-Kompetenz?

3. Welchen Einfluß haben das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden in der Selbst- und Fremdeinschätzung sowie weitere Außenkriterien auf den Umfang vorhandener Alltags-Kompetenz in der Selbst- und Fremdeinschätzung?

4. Welchen weiteren Einfluß hat das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden auf das Verhalten und Erleben der Probanden?

5. Welche Aussagen im Hinblick auf den vorhandenen Umfang der Alltags-Kompetenz können zur gesundheitlichen Situation der Probanden ferner getroffen werden?

6. Wie verändern sich die gefundenen Ergebnisse während eines gesetzten Zeitraumes von 12 - 15 Monaten?

2. PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER STUDIE

Als nähere Angaben zu Planung und Durchführung der Studie werden das Design der Studie, das Senioren-Centrum 'HAUS IM PARK' als Feld der Datenerhebung, die Instrumente der Datengewinnung und die Durchführung der Studie näher beschrieben.

2.1. ZIELSETZUNG UND DESIGN DER STUDIE

Diese Studie baut auf neueren empirischen Untersuchungen zur Situation älterer Menschen (u.a. der Längsschnittstudie am Psychologischen Institut der Universität Bonn unter Leitung von THOMAE u. LEHR; vgl. THOMAE, 1976) auf und befaßt sich mit der Bedeutung ambulanter Hilfs- und Pflegedienste im Rahmen der offenen Altenhilfe (vgl. 1.4.). Innerhalb einer Follow-up-Studie sollten Konstanz bzw. Verlauf von Veränderungen in psychischer, physischer und sozio-ökonomischer Hinsicht bei älteren Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben und dort ambulant durch eine Service-Einrichtung betreut werden, ermittelt werden.

Insbesondere war intendiert, Aspekte der Kompetenz älterer Menschen zu messen, im Zeitablauf zu beobachten und Aufschluß über die Art ihrer Korrelate mit ausgewählten Variablen der jeweiligen Lebenssituation zu gewinnen. Hierzu wurden gesundheitliche und interessen- und freizeitbezogene Aspekte der Kompetenz sowie die sogenannte *Alltags-Kompetenz* als Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung ausgewählt.

Als Feld der Datenerhebung sollte die Modelleinrichtung 'Senioren-Centrum 'HAUS IM PARK'' in Hamburg-Bergedorf dienen, die in ihrem mehrgleisigen Angebot auch einen ambulanten Haus- und Pflegedienst unterhält (vgl. 2.2.3.). Mit den durch diesen Aussendienst' betreuten älteren Menschen, die sich hierzu freiwillig zur Verfügung stellen würden, wurde eine zweimalige Exploration geplant. Das etwa zweistündige standardisierte Explorationsgespräch sollte von trainierten Interviewern durchgeführt werden. Auf Gewährleistung des persönlichen Datenschutzes wurde besonderes Gewicht gelegt.

Um zu auswertungsgeeigneten Ergebnissen zu gelangen, sollte der Zeitraum zwischen den beiden Befragungen einerseits nicht zu kurz sein. Andererseits durfte die Zeitspanne wegen des erwarteten hohen Durchschnittsalters der Befragten nicht zu weit an-

gesetzt werden, um Ausfälle möglichst gering zu halten. Deshalb wurde als optimaler Zeitraum zwischen beiden Explorationen eine Spanne zwischen 12 und 15 Monaten angestrebt.
Zusätzlich zur Exploration der vom Außendienst des 'HAUS IM PARK' betreuten älteren Menschen sah die Planung auch zwei schriftliche Befragungen der betreffenden Betreuerinnen des Senioren-Centrums in einem ähnlichen Zeitabstand wie bei den Senioren vor.

Insgesamt sollte die geplante Studie durch die Untersuchung einer an spezifischen Angeboten eines Senioren-Centrums teilhabenden Gruppe älterer Menschen sowohl einen weiteren Beitrag zur Untersuchung differentieller Alternsaspekte als auch Hinweise für künftige Arbeit auf dem Gebiet ambulanter Haushilfe geben.

2.2. DAS SENIOREN-CENTRUM 'HAUS IM PARK'

Da der Außendienst des Bergedorfer Senioren-Centrums das Untersuchungsfeld für die vorliegende Studie bildete, werden im folgenden einige Informationen über den Hamburger Bezirk Bergedorf und die Einrichtung des 'HAUS IM PARK' gegeben.

2.2.1. CHARAKTERISTIKA DES HAMBURGER BEZIRKS BERGEDORF

Bergedorf als einer der Hamburger Bezirke, etwa 20 km vom Stadtzentrum entfernt, gliedert sich in eine Stadtregion (Kerngebiet) und eine Landregion (Vier- und Marschlande) und kann überwiegend als Mittelstandsgebiet betrachtet werden.
Im Kerngebiet lebten 1980 13.933 über 60jährige (21.9% der dortigen Bevölkerung), in der Landregion 4.545 Bürger derselben Altersgruppe (20.7% der dortigen Bevölkerung) (vgl. Tabelle 8). Damit erreichte die Bevölkerung der über 60jährigen im Gesamtbezirk eine Stärke von 85.437 Personen und einen Anteil von 21.6% aller Bewohner. Dieser ist etwas niedriger als der für Groß-Hamburg gültige Prozentsatz von 23.4% über 60jähriger an der Gesamtbevölkerung.

In den siebziger Jahren befand sich in Bergedorf eine vom Bezirksamt eingerichtete Altentagesstätte. Weiter standen von behördlicher Seite für die Belange der älteren Bevölkerung zwei Altenfürsorgerinnen und zwei Zivildienstleistende zur Verfügung. Von den Freien Wohlfahrtsverbänden, den Kirchen, Parteien, Beamtenvereinen und einigen weiteren privaten Initiativen wurden 15 Altenkreise gegründet und betreut.

Hinsichtlich näherer Einzelheiten über diese Altenkreise sei auf BUSCH (1976) verwiesen.

Tab. 8 : Bevölkerungsprognose für 198o im Bezirk Bergedorf

Regionale Einheit	Einwohner insgesamt	davon über absolut	6ojährige in % der Einwohner
Lohbrügge	34.157	7.11o	2o,8
Bergedorf	29.338	6.823	23,3
Kerngebiet Bergedorf gesamt	63.495	13.933	21,9
Bergedorf-Ost	7.213	1.417	19,6
Bergedorf-Süd	9.155	1.839	20,1
Bergedorf-West	5.574	1.289	23,1
Ortsamtsbereich Vier-u.Marschlande gesamt	21.942	4.545	2o,7
Bezirk Bergedorf gesamt	85.437	18.478	21,6

Quelle: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 1979, Anlage 4

2.2.2. ENTSTEHUNG UND KONZEPTION DES SENIOREN-CENTRUMS 'HAUS IM PARK'

Anläßlich des 43. 'Bergedorfer Gesprächskreises' - einem von dem Industriellen Dr. Kurt A. Körber ins Leben gerufenen unabhängigen Diskussionsforums zu Fragen der freien industriellen Gesellschaft - wurde 1972 eine Analyse zum Thema 'Wo bleiben die alten Menschen in der Leistungsgesellschaft?" von Experten auf dem Gebiet der Gerontologie vorgenommen.

Als Ergebnis dieser interdisziplinären Diskussion begann im selben Jahr im Auftrag der HAUNI STIFTUNG (jetzt KÖRBER STIFTUNG) die Planung einer Begegnungsstätte für ältere Menschen in Bergedorf.

Ausgangspunkt hierfür war die Diskrepanz zwischen der in unserer Gesellschaft vorherrschenden negativen Einschätzung älterer Menschen (vgl. 1.2.2.1.) einerseits und den erwiesenen Möglichkeiten zu einem 'successful aging' andererseits. So kann, wie schon in 1.4.2.erwähnt, durch gezielte Maßnahmen Abbauerscheinungen vorgebaut, Gesundheit wiederhergestellt oder doch zumindest in Alternsprozesse positiv eingegriffen werden, um eventuell auftretende negative Begleiterscheinungen aufzuhalten oder hinauszuschieben.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wurde eine Konzeption entwickelt, die den vielfältigen Erfordernissen durch die Vereinigung vieler verschiedener Maßnahmen unter einem Dach Rechnung tragen sollte - in dieser Form im übrigen das erste Mal in der Bundesrepublik Deutschland.

Als Ziel wurde angesehen, den älteren Menschen entgegen früheren Trends nicht mehr zu einem reinen Betreuungs- oder Fürsorgeobjekt herabzumindern, sondern durch die Ermutigung, "selbst etwas für Seele, Körper und Geist zu tun, selbst Initiative zu ergreifen" (SENIOREN-CENTRUM 'HAUS IM PARK', 198o, S. 4), Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, zu aktivieren oder reaktivieren und damit zur sozialen Integration älterer Menschen beizutragen.

Insgesamt sollten die Angebote so weit wie möglich dem Erhalt oder der Wiederherstellung von Selbständigkeit und Kompetenz älterer Menschen dienen und damit auch Einfluß auf das Ausmaß ihrer Fähigkeit, allein in der eigenen Häuslichkeit leben zu können, nehmen. (Die bei sinkender Kompetenz steigende Bedeutung der (Wohn-)Umwelt wurde unter Punkt 1.3.4.4. behandelt.)

In einer Studie zur bisherigen nationalen und internationalen offenen Altenarbeit (ORBENS, SCHMITZ-SCHERZER, 1974), deren Ergebnisse mit in die Planung der Modelleinrichtung einfließen sollten, wurde nochmals deutlich, daß es bei dem geplanten Vorhaben in Bergedorf keineswegs nur um eine zusätzliche Bündelung von dort bereits vorhandenen Angeboten gehen konnte. So fehlten bei den unter 2.2. beschriebenen bereits existierenden Bergedorfer Altenhilfeeinrichtungen Hobby- und Freizeitangebote, ferner ein gemeinsamer Mittagstisch (die CARITAS bot lediglich 'Essen auf Rädern' an), speziell auf ältere Menschen zugeschnittene physiotherapeutische Einrichtungen, fast gänzlich die Möglichkeit zu altersgerechter Gymnastik und ein Fußpflegeservice. Insbesondere gab es bislang keinen organisierten ambulanten Haushilfe und -pflegeservice zur Unterstützung älterer im Haus lebender Menschen - ein Aspekt innerhalb der offenen Altenhilfe, der zunehmend an Bedeutung gewinnt.
Mit der Errichtung des Senioren-Centrums 'HAUS IM PARK' sollten diese beschriebenen Lücken der Altenhilfe im Bergedorfer Raum geschlossen werden.

2.2.3. ÜBERBLICK ÜBER DIE ANGEBOTE DES SENIOREN-CENTRUMS

Nach einer Übergangsphase im Bergedorfer Schloß (vgl. 2.2.4.1.) konnte 1977 das neuerbaute 'HAUS IM PARK' bezogen werden. Auf einer Fläche von 2.ooo qm verfügt es nunmehr über folgende Angebote und Dienste:

- ambulanter Haus- und Pflegedienst
- Tagescafé als Kommunikationszentrum
- medizinische Abteilung "Gesundheit und Rehabilitation"
- verschiedene Kursaktivitäten aus dem Hobby-, Informations- und Bildungsbereich
- spezielle Beratungsmöglichkeiten
- Theater, das zwar räumlich integriert ist, im übrigen jedoch der gesamten Öffentlichkeit zur Verfügung steht.

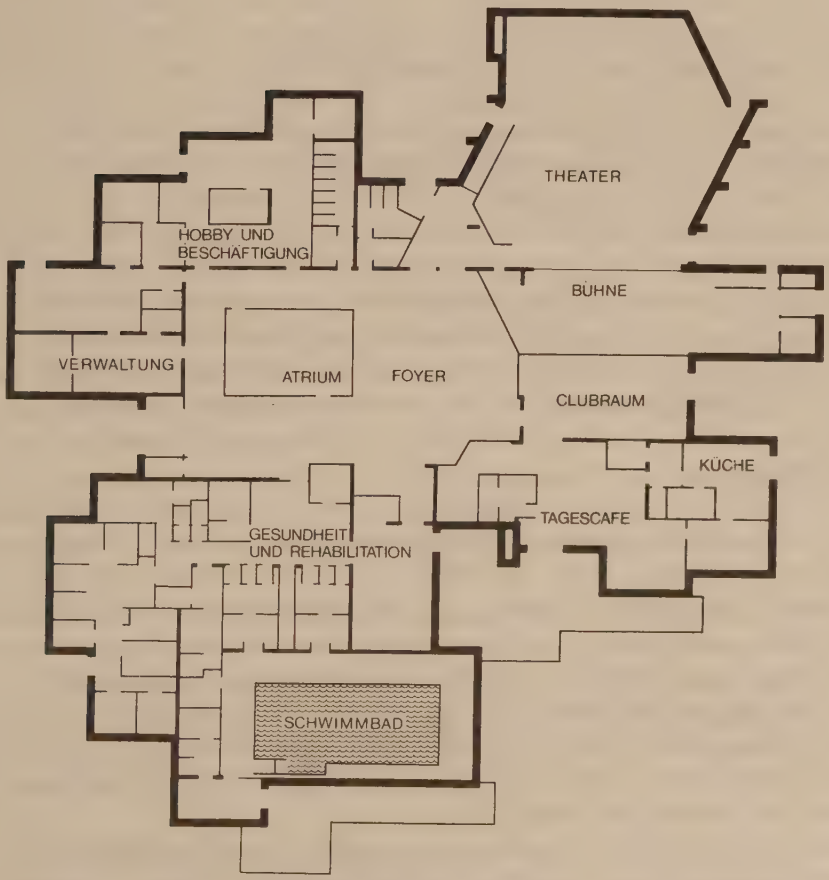
1981 setzte sich der Personalbestand aus 11 Ganztagskräften und 8 Halbtagskräften zusammen, die sowohl in der Geschäftsführung, in der Verwaltung, im ambulanten Haus- und Pflegedienst als auch in der medizinischen Abteilung oder im Café tätig waren. Ferner wurden in den einzelnen Bereichen 33 Teilzeitkräfte (ambulanter Haus- und Pflegedienst) (vgl. 2.2.4.1.), 29 Honorarkräfte (16 als Leiter und Dozenten von Kursaktivitäten), 3o ehrenamtliche Helferinnen (14 im Café) und 2 Zivildienstleistende beschäftigt.

Die 3 Hauptbereiche der Angebotspalette,

- körperliche Aktivierung und gesundheitliche Maßnahmen
- Aktivierung im seelisch/geistigen Bereich
- Ermöglichung und Ausbau sozialer Kontakte,

sind auch im nachfolgenden Grundriß (Raumplan) deutlich erkennbar.

Funktionsprinzip des »Haus im Park«



2.2.4. DER AMBULANTE HAUS- UND PFLEGEDIENST (A U S S E N - D I E N S T)

Angesichts der besonderen Bedeutung dieses Dienstes für das Thema der vorliegenden Studie wird hierauf ausführlich eingegangen. Zunächst folgt eine Beschreibung dieses Angebots, danach eine Charakterisierung der betreffenden Mitarbeiterinnen.

2.2.4.1. Aufbau und Funktion des Außendienstes

Der allmähliche Aufbau dieses Dienstes begann 1974, und diese Aktivitäten bildeten die Keimzelle des späteren Senioren-Centrums 'HAUS IM PARK'. Zunächst wurden in kleinstem Rahmen (2 hauptamtliche, mehrere teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter) in Zusammenarbeit mit den örtlichen Behörden, die für die Integrierung des Centrums in den Bergedorfer Raum ohnehin besonders wichtig waren, vom Sozialamt ausgewählte hilfsbedürftige ältere Menschen in ihren Wohnungen aufgesucht. Bei Bedarf wurden diese bei der Wohnungspflege und der Erledigung alltäglicher Aufgaben unterstützt, ohne den Anstrich von Fürsorgemaßnahmen zu erwecken.

Neben diesen Hilfen wurde auch versucht, in den entstehenden Gesprächen unter dem Aspekt '*Fördern durch Fordern*' eine Möglichkeit zu finden, Anregungen zu geben, die älteren Menschen zum Einsatz noch vorhandener Kompetenz zu motivieren und zu reaktivieren. Durch den so geschaffenen Kontakt wurde Mißtrauen abgebaut und Interesse an der geplanten Einrichtung des 'HAUS IM PARK' geweckt. Dies geschah z.B. durch die Bitte an die Betreuten, etwaige Wünsche oder Vorschläge hinsichtlich der Ausstattung des zukünftigen Hauses zu äußern.
Hiermit sollte versucht werden, gerade die Gruppe der durch soziales Schicksal oder gesundheitliche Beeinträchtigungen verein-

samten älteren Menschen zu erreichen, deren Hemmungen erwiesenermaßen gegenüber derartigen Einrichtungen viel größer sind als bei weniger Benachteiligten.

Das Interesse und der Bedarf an derartigen ambulanten Hilfsdiensten stieg in den vergangenen Jahren allgemein an (vgl. 1.4.5.2.) und führte auch zu einer kontinuierlichen Vergrößerung des inzwischen sehr angesehenen Außendienstes, besonders nach der Eröffnung einer zunächst provisorischen Begegnungsstätte für Bergedorfer Bürger ab 55 Jahre im Bergedorfer Schloß. Erfreulicherweise konnten viele der zunächst nur in ihren Wohnungen betreuten Seniorinnen und Senioren, besonders auch durch die Einrichtung eines Fahrdienstes für Behinderte, zum Besuch des Zentrums veranlaßt werden. Andere hingegen wurden im übrigen erst über den Besuch der Begegnungsstätte, also auf dem umgekehrten Wege, auf den Außendienst aufmerksam.

Mit der Betreuung von 88 hilfsbedürftigen früheren oder gegenwärtigen Besuchern des Hauses (Durchschnittsalter 77 Jahre) lag der Außendienst im Jahre 1981, also 2 Jahre nach Beendigung der Erhebungen für diese Studie, an der Grenze der für das Haus konzipierten Möglichkeiten. Welch starker Bedarf an derartigen Dienstleistungen besteht (vgl. 1.4,5.2.), zeigte sich z.B. in der Tatsache, daß Anfragen von Altenfürsorgerinnen, Gemeindeschwestern, Ärzten oder direkt betroffenen Bürgern allein im Jahre 1981 in über 1oo Fällen abgelehnt werden mußten.

Soweit es möglich ist, sollte in erster Linie dem Gast des Senioren-Centrums die Sicherheit gegeben werden, daß er, wie es in der Broschüre 'Das Haus im Park' (198o) hervorgehoben wird, 'nicht vergessen und abgeschoben wird, wenn er eines Tages nicht mehr in der Lage sein sollte, selbst in das 'HAUS IM PARK' zu kommen' (S. 12).

Pro Monat wurden 1981 für die betreuten 88 Personen durchschnittlich 1.6oo Einsatzstunden mit folgendem Personalumfang bewältigt:

1 Leiterin
4 Angestellte, halbtags
33 Helferinnen, stundenweise
1 Zivildienstleistender

Zu diesem Zeitpunkt trugen 7o% der Betreuten die Kosten für die Hilfsdienste selbst, während in 3o% der Fälle die Zahlungen aus Mitteln des Bundessozialhilfegesetzes bestritten wurden.

2.2.4.2. Die Mitarbeiterinnen des Außendienstes (Betreuerinnen)

Mit der allmählichen Ausdehnung des Außendienstes ging ein steigender Bedarf an Betreuerinnen einher. In Übereinstimmung mit ähnlichen Bestrebungen der offenen Altenhilfe sah die Konzeption des Hauses den vielfältigen Einsatz ehrenamtlicher oder teilzeitbeschäftigter Helferinnen oder Helfer vor, so daß in der Folgezeit per Zeitungsinserat geeignete Mitarbeiterinnen gesucht und gefunden wurden.

Von Anfang an besaßen diese einen besonderen Status, der sie von einer normalen Raumpflegerin weitgehend unterschied. Es handelte sich in den ersten Jahren in vielen Fällen um finanziell gut gestellte Frauen mittleren bis höheren Alters, die in erster Linie eine neue menschliche Aufgabe suchten, also überwiegend ein starkes soziales Engagement einbrachten und nur eine kleine Anerkennungsgebühr erhielten. Vorrangig sollten sie immer Kontaktperson für ein persönliches Gespräch und Anlaufstelle für Sorgen und Probleme sein.

Die anfänglich stärkere Fluktuation wich in der Zwischenzeit einem recht gleichbleibenden Betreuerinnenstamm. Bei den wieder Ausscheidenden handelte es sich um Frauen, die sich dieser Arbeit doch nicht gewachsen fühlten und sie deshalb schon nach kurzer Zeit wieder aufgaben.

Von den zum Zeitpunkt der zweiten Befragung (Ende 1978/Mitte 1979) im Außendienst insgesamt tätigen 25 Mitarbeiterinnen waren seit Beginn dieser Dienstleistung im Jahre 1974 5 dabei, 1o seit 2 - 3 Jahren und 1o länger als 1 Jahr.

Durch einen veränderten Zahlungsmodus konnten allmählich auch auf einen gewissen finanziellen Verdienst angewiesene Mitarbeiterinnen, unter denen sich auch einige frühere Krankenschwestern befinden, eingesetzt werden.

Das Durchschnittsalter der Betreuerinnen zwischen 1974 (Aufnahme des Außendienstes) und 1981 lag bei ca. 5o Jahren bei einer Altersspanne zwischen 29 und 7o Jahren.

Auf die positiven, aber durch die immer latente Gefahr einer Überbetreuung älterer Menschen auch möglichen negativen Auswirkungen des Einsatzes freiwilligen, nicht fachlich ausgebildeten Personals in der offenen Altenhilfe wurde bereits unter Punkt 1.4.7. eingegangen.

2.2.5. WEITERE ANGEBOTE DES SENIOREN-CENTRUMS

Neben dem Außendienst bestehen weitere Angebote des 'HAUS IM PARK' aus einem Tagescafé, Hobby- und Interessengruppen, einer medizinischen Abteilung, einem Beratungsangebot und einem Theater. Insgesamt werden wöchentlich durchschnittlich 15oo Besucher gezählt, die das 'HAUS IM PARK' mit den unterschiedlichsten Zielsetzungen aufsuchen.

- *Das Tagescafé*

  Mit 7o Plätzen und Kaminecke ausgestattet, ist es eigentliches Kommunikationszentrum und bietet den Besuchern Gelegenheit zu Gesprächen mit anderen Gästen oder Mitarbeiterinnen des Hauses. Im Zentrum noch fremde Senioren können hier - sofern sie dies wünschen - erst einmal unauffällig Eindrücke sammeln und Beobachtungen anstellen.
  Täglich wird das Café, in dem auch der gemeinsame Mittagstisch stattfindet, von ca. 1oo Senioren aufgesucht. Neben den fest angestellten Mitarbeiterinnen sind hier 14 ehrenamtliche Helferinnen tätig.

- *Die Hobby- und Interessengruppen:*

Entsprechend der großen Differenziertheit von Freizeitwünschen älterer Menschen haben sich die unterschiedlichsten Aktivitäten entwickelt, die entweder vorrangig mehr auf körperliches Training, handwerklich-künstlerische Betätigung oder auf den Wunsch nach Weiterbildung oder Information ausgerichtet sind. Übergreifend dienen die dabei entstandenen Gruppen auch immer der Möglichkeit zu sozialer Kontaktpflege.

Seit Errichtung des Zentrums bis 1981 bildeten sich folgende Gruppen und Zirkel mit sehr unterschiedlicher Besuchsstärke, aber einem recht konstant bleibenden Teilnehmerstamm:

Yoga, rhythmische Gymnastik, Tischtennis, Wandern,

Schneidern, Spinnen/Weben/Töpfern, Werken/ Holzarbeiten,

Chorsingen, Musikhören,

Literarischer Nachmittag, Literatur der Gegenwart, Plattdeutscher Arbeitskreis

Staatsbürgerkunde, Recht im Alltag, Länderkunde,

Englische Konversation,

Biologie/Zoologie,

Skat, Schach, Bridge

Hobbymalerei

Als Teilnahmegebühr werden zurzeit DM 1.5o (Yoga DM 5.--) erhoben, die in Eigenregie der Senioren entstandenen Zirkel Tischtennis, Skat und Schach sind kostenlos. Die Gruppen finden sich in unterschiedlichen Abständen, in der Regel einmal wöchentlich, zusammen.

Als Dozenten stehen zum Teil selbst schon pensionierte, zum jeweiligen Thema aufgrund ihrer Ausbildung aussagefähige und von ihrer Persönlichkeit her mit besonderen pädagogischen Fähigkeiten ausgestattete Kräfte zur Verfügung.

Täglich nehmen etwa 12o Besucher an einer oder mehreren Aktivitäten teil.

- *Das Beratungsangebot:*

Kostenlos wird von einem pensionierten Sozialberater Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten gewährt. Als Hilfestellung bei akuten Lebensproblemen werden von einer Klinischen Psychologin therapeutische Gruppengespräche und Krisenintervention durchgeführt.

- *Die medizinische Abteilung:*

Die Kombination einer Senioren-Begegnungsstätte mit einem breit gefächerten medizinisch/therapeutischen Angebotsbereich war etwas völlig Neues im Rahmen der offenen Altenhilfe in der Bundesrepublik. Unter Berücksichtigung des starken Einflusses subjektiven, aber auch objektiven gesundheitlichen Wohlbefindens auf das Ausmaß gelungener Anpassung an den Alternsprozeß kommt diesem Angebot besondere Bedeutung zu. Hier können zur Bewahrung oder Stabilisierung der Gesundheit, zur positiven Beeinflussung gesundheitlicher Beeinträchtigungen ärztlich verordnete und über die Krankenkassen abgerechnete Maßnahmen wie z.B. krankengymnastische oder atemgymnastische Entspannungs- und Bewegungsübungen, medizinische Bäder, Unterwassermassagen oder andere Massagemethoden durchgeführt werden. Das auch für Behinderte eingerichtete große Warmwasser-Hallenbad kann auch für weitere Hausangebote, die allerdings privat zu zahlen sind, benutzt werden, wie etwa "freies Schwimmen" oder Schwimmkurse. In diesem Bereich sind auch die Sauna und der Fußpflegedienst untergebracht. Die Möglichkeiten werden täglich von etwa 13o Besuchern voll in Anspruch genommen.

- *Das Theater:*

Im 'HAUS IM PARK' befindet sich ein der gesamten Öffentlichkeit zugängliches Theater. Mit seinen 47o Plätzen und seinem abwechslungsreichen Programm dient es zum einen als weitere Möglichkeit seelisch-geistiger Anregung. Weiterhin werden auch andere Altersgruppen durch den Theaterbesuch mit dem Cen-

trum und der Tätigkeit seiner Senioren (z.B. durch Ausstellungen von selbst hergestellten künstlerischen Arbeiten) bekannt gemacht - das 'HAUS IM PARK' erfährt hierdurch die Möglichkeit zur Integrierung in das soziale Leben Bergedorfs.

2.3. DIE EXPLORATION ALS METHODE DER DATENGEWINNUNG: AUFBAU UND INHALT

Für die Datenerhebung bei den vom Außendienst des 'HAUS IM PARK' betreuten älteren Menschen wurde die Technik der Exploration ausgewählt. Gerade diese Befragungsmethode, bei der sich der Befragte 'wirklich "als Mensch angesprochen fühlen" soll' (THOMAE, 1968, S. 113), schien bei der betreffenden Stichprobe sehr gut geeignet, da die Befragten zum Teil schon recht stark gesundheitlich belastet waren und ein besonderes Eingehen auf ihre Persönlichkeit notwendig wurde, um keine Barrieren aufkommen zu lassen.

Für die Mehrheit der auf eine intensive Beschreibung der Lebenssituation der Probanden abzielenden Fragen, von denen auch einige genau vorformuliert wurden, lagen standardisierte Antwortmöglichkeiten, z.B. in Form mehrstufiger Skalen, vor. Andere Themenbereiche hingegen wurden durch offene Fragen erfaßt und die hierauf gegebenen und von den Interviewerinnen niedergeschriebenen Antworten später durch Experten kategorisiert. Die Interviewerinnen hatten die Möglichkeit, durch Wiederholungen, Ergänzungen oder Veränderungen in der Reihenfolge der gerichteten Fragen sich individuell auf die Befragten einzustellen und damit den Kommunikationsprozeß zu fördern.

Neben der Exploration der betreuten älteren Menschen selbst wurden auch Aussagen der sie betreuenden Außendienstmitarbeiterinnen und der Interviewerinnen ausgewertet.

Die einzelnen Fragen der Exploration, die den Probanden selbst gestellt wurden, berührten folgende Bereiche:

- Personaldaten, berufliche und finanzielle Situation
- Wohnsituation
- Freizeitaktivitäten und -interessen
- Sozialkontakte innerhalb und außerhalb der Familie
- Gesundheitszustand
- 'Alltags-Kompetenz', d.h. Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung
- Senioren-Centrum und Außendienst

Die *Betreuerinnen* der Probanden wurden um einige zusätzliche Auskünfte über diese zu folgenden Bereichen gebeten:

- 'Alltags-Kompetenz'
- Gesundheitszustand (Orientierungsfähigkeit, genereller Realitätsbezug, Wohlbefinden)
- Persönlichkeitseigenschaften
- globale Hilfsbedürftigkeit bei Freizeitaktivitäten

Die *Interviewerinnen* machten ebenfalls Aussagen zu den von ihnen befragten Probanden zu folgenden Bereichen:

- Gesundheitszustand (Orientierungsfähigkeit, genereller Realitätsbezug, Wohlbefinden)
- Schichtzugehörigkeit

Durch die Aussagen von Betreuerinnen und Interviewerinnen konnten somit die Angaben der Probanden ergänzt und zum Teil auch in einen Vergleich gestellt werden.

2.4. DURCHFÜHRUNG DER STUDIE

Mit der Verwirklichung der geplanten Studie wurde im Herbst 1977 begonnen. Zunächst fand ein Training der Interviewer statt, und vom Außendienst des 'HAUS IM PARK' betreute Personen wurden für die Befragung geworben. Von Oktober 1977 bis Februar 1978 folgte dann die erste Exploration bei älteren Menschen, die sich hierfür zur Verfügung gestellt hatten; die Wiederholungsbefragung schließlich fand im Zeitraum von November 1978 bis Juni 1979 statt.

2.4.1. DIE INTERVIEWERINNEN

Zwei Interviewerinnen wurden durch persönliche Ansprache für die Befragungen angeworben. Es handelte sich um zwei Studentinnen des Psychologischen Instituts der Universität Hamburg mit einer Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und Kenntnissen in der praktischen Altenarbeit.
Es kann als besonders positiver Umstand gewertet werden, daß sich die Interviewerinnen sowohl für die erste als auch für die zweite Befragung zur Verfügung stellten - auf diese Weise war die Kontinuierlichkeit der Exploration bei der Wiederholungsuntersuchung gewährleistet.

Um ein einheitliches Vorgehen bei der Befragung zu gewährleisten, wurde ein mehrstündiges ausführliches Training mit den Interviewerinnen angesetzt. Hierbei konnten die Vorgehensweisen bei der Exploration eingehend geprobt (z.B. in Form von Rollenspielen) wie auch nähere Erläuterungen zu einzelnen Fragen und Hinweise zur Verwendung von Hilfsmaterialien (z.B. Großdruckkarten mit Antwortkategorien zur Vorlage bei den Probanden) gegeben werden.

Diesem Training vorangestellt wurden Informationen über die Konzeption des Modells 'HAUS IM PARK' und den Hintergrund der Studie sowie eine Einführung in die kognitive Persönlichkeitstheorie (THOMAE, 1970/71), um die Interviewerinnen für die Bedeutung subjektiver Darstellungen abgefragter Explorationsinhalte seitens der Probanden zu sensibilisieren.

2.4.2. DIE WERBUNG DER PROBANDEN

Vor Beginn des ersten Befragungsdurchgangs (4. Quartal 1977), wurden vom Außendienst 62 ältere Menschen ständig sowie 8 weitere unregelmäßig betreut. Dies waren 2o Männer und 42 Frauen, unter ihnen 11 Ehepaare und 2 Geschwister-Paare (Frauen). Diese Betreuten erhielten eine schriftliche Bitte um Beteiligung an der Studie (vgl. auch Anhang) und wurden auf Wunsch von der Leiterin des Außendienstes näher informiert.

Von den insgesamt 7o betreuten Bergedorfer Bürgern konnten 52 (17 Männer und 34 Frauen), also 74.3% dieser Gruppe, zur Mitarbeit an der Studie gewonnen werden. Allerdings war es beim zweiten Befragungsdurchgang nur noch in 36 Fällen möglich, eine erneute Exploration durchzuführen. Von den 16 Personen, die damit aus der Stichprobe herausfielen, verstarben 5 (2 Männer, 3 Frauen) im Zeitraum zwischen den beiden Befragungen. 4 Personen (2 Männer, 2 Frauen), die weiterhin vom Außendienst betreut wurden, verweigerten wegen Krankheit, längeren Reisen oder Desinteresse die Mitarbeit bei der Wiederholungsuntersuchung, und weitere 7 Befragte (2 Männer, 5 Frauen) wurden zum Zeitpunkt der zweiten Exploration nicht mehr vom Außendienst betreut und konnten aus diesem Grund nicht mehr befragt werden.

Bei der Auswertung der Daten wurden nur Aussagen von Probanden berücksichtigt, die sowohl an der ersten als auch an der zweiten Befragung teilnahmen.

2.4.3. DIE DURCHFÜHRUNG DER EXPLORATIONEN

Für die Befragung der einzelnen Probanden meldete sich die jeweilige Interviewerin vorher telefonisch an und vereinbarte einen passenden Termin. Die Exploration selbst fand dann in der Wohnung des Befragten statt. Hierbei war der Zeitaufwand recht unterschiedlich. Es konnte festgestellt werden, daß die Probanden die geplante Explorationsdauer von ca. 2 Stunden als nicht belastend erlebten, sondern das Gespräch häufig noch weiter ausdehnten. Allerdings müssen hierbei die kleinen Pausen mit Erfrischungen berücksichtigt werden, die weniger aus Erschöpfung, sondern aus Gastfreundschaft eingelegt wurden.
Für die meisten vom Außendienst betreuten Personen war es etwas Besonderes, im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit im Mittelpunkt des Interesses zu stehen, und sie zeigten große Bereitschaft zur Mitarbeit. Dies macht auch die geringe Anzahl von Probanden, die eine zweite Befragung verweigerten, und nur 7.7% aller 52 Befragten (4 Personen) betraf, deutlich.

Die ideale Zeitspanne von 12 bis 15 Monaten zwischen beiden Befragungen (vgl. 2.1.) konnte nicht bei allen Probanden eingehalten werden, da diese zum gewünschten Zeitpunkt wegen akuter Verhinderungen (u.a. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Kuren, Handwerker) nicht immer erreichbar waren. So bewegte sich die zeitliche Distanz zwischen beiden Explorationsterminen für die 36 Befragten, deren Daten in der vorliegenden Studie ausgewertet wurden, zwischen 13 und 18 Monaten, erreichte allerdings einen Durchschnitt von 15 Monaten.

2.4.4. BEURTEILUNGEN DER BEFRAGTEN DURCH IHRE BETREUERINNEN

Insgesamt 21 teilzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen, die die in der Stichprobe erfaßten 36 Personen betreuten, wurden zu ausgewählten Merkmalen um eine Fremdbeurteilung der jeweils von ihnen versorgten Befragten gebeten.

Die schriftlichen Einschätzungen bezogen sich auf Aspekte der Lebenssituation, Persönlichkeit und Fähigkeiten der Betreuten.

Im ersten Durchgang konnten für alle 36 Probanden Fremdeinschätzungen durch die Betreuerinnen abgegeben werden, im zweiten jedoch nur für 3o Befragte. Ursachen hierfür waren Ausfälle bei den Betreuerinnen durch Krankheit bzw. einen gerade erfolgten Wechsel einer Betreuerin. Merkmalsvergleiche über die Zeit hinsichtlich der Fremdbeurteilungen konnten also nur auf der Basis von 3o Betreuten stattfinden. 19 Personen wurden im ersten und zweiten Explorationsdurchgang von derselben Mitarbeiterin beurteilt, die übrigen aufgrund eines Wechsel der Betreuerin von zwei unterschiedlichen Betreuerinnen.

Um auf jeden Fall ein möglichst einheitliches Vorgehen bei der Einschätzung der Probanden durch die Außendienstmitarbeiterinnen zu erzielen, wurden die Betreuerinnen in einem mehrstündigen Training hierauf vorbereitet. Dieses Training wurde durch eine schriftliche Anleitung ergänzt (vgl. hierzu Anhang).

3. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Im folgenden wird die Stichprobe der 36 vom Außendienst des 'HAUS IM PARK' betreuten älteren Bergedorfer Bürger beschrieben, die sowohl an der ersten als auch der zweiten Befragung für diese Studie teilgenommen hatten. Bei ihrer Charakterisierung durch ausgewählte Merkmale hinsichtlich Person und Lebenssituation werden jeweils die geschlechtsspezifischen Stichproben mit angeführt, die sich zum Teil bedeutsam unterscheiden.

3.1. GESCHLECHT

An der Befragung nahmen 24 Probanden weiblichen und 12 Probanden männlichen Geschlechts teil. Dies entspricht prozentualen Anteilen von 66.7% zu 33.3%.

3.2. ALTER

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe liegt mit 76.1 Jahren recht hoch und unterscheidet sich nicht bedeutsam zwischen den Geschlechtern. Die Altersspannweite liegt zwischen 59 und 91 Jahren und ist damit sehr groß. Allerdings sind 32 Probanden (88.9% der Gesamtstichprobe) 65 Jahre und älter, und mit 13 Befragten hat über ein Drittel der Gesamtstichprobe (36.1%) ein Alter von mindestens 8o Jahren erreicht.

Die folgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Altersverteilung in 5-Jahres-Kategorien.

Tab. 9: Altersverteilung

Alter	Gesamt		Männer		Frauen	
	f	%	f	%	f	%
55 - 59	1	2.8	o	o	1	4.2
60 - 64	3	8.3	o	o	3	12.5
65 - 69	3	8.3	2	16.7	1	4.2
70 - 74	9	25.o	3	25.o	6	25.o
75 - 79	7	19.4	3	25.o	4	16.7
80 - 84	8	22.2	1	8.3	7	29.2
85 - 89	4	11.1	2	16.7	2	8.3
90 - 94	1	2.8	1	8.3	o	o
Summe	36	99.9	12	1oo.o	24	1oo.1
$\bar{x}$	76.11		78.o8		75.13	

3.3. KONFESSION

31 Probanden (86.1% der Gesamtstichprobe bzw. 83.3% der männlichen und 87.5% der weiblichen Stichprobe) gehören dem evangelischen Glauben an, 3 Probanden sind katholisch, 2 konfessionslos. Die Geschlechter unterscheiden sich nicht bedeutsam.

3.4. SOZIO-ÖKONOMISCHE DATEN

Als sozio-ökonomische Merkmale werden Schulbildung, hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit, Pensionierung, Einkommensverhältnisse und Schichtzugehörigkeit (Urteil der Interviewerinnen) der Befragten beschrieben.

3.4.1. SCHULBILDUNG

Mit 21 Befragten hat der prozentual größte Anteil der gesamten Stichprobe (58.3%) einen Hauptschulabschluß, während 15 Probanden (41.7%) eine höhere Schulbildung besitzen. Zwischen den Geschlechtern bestehen keine bedeutsamen Differenzen, wenn auch 12 Probandinnen und damit 5o.o% der weiblichen Stichprobe und nur 3 Probanden, also 25.o% der männlichen Befragten, einen höheren Schulabschluß erreicht haben.

Tab. 1o: Schulbildung

Schulabschluß	Gesamt		Männer		Frauen	
	f	%	f	%	f	%
kein Abschluß	-	-	-	-	-	-
Hauptschulabschluß	21	58.3	9	75.o	12	5o.o
Realschulabschluß	9	25.o	2	16.7	7	29.2
Abitur	4	11.1	1	8.3	3	12.5
abgeschl. Studium	2	5.6	-	-	2	8.3
Summe	36	1oo.o	12	1oo.o	24	1oo.o

3.4.2. HAUPTSÄCHLICH AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT UND PENSIONIERUNG

Alle Befragten beziehen bereits eine Pension bzw. Rente und gehen keiner bezahlten beruflichen Tätigkeit mehr nach.
Die Frage nach der ehemals hauptsächlich ausgeübten Tätigkeit zeigt, daß mittlere Beamte und Angestellte mit 15 Befragten (41.7% der Gesamtstichprobe) die größte Berufsgruppe darstellen, gefolgt von Facharbeitern und Handwerkern (7 Probanden, 19.4% der Gesamtstichprobe). Die 4 ausschließlich im Haushalt tätig gewesenen Frauen machen mit 16.7% der weiblichen Stichprobe einen erstaunlich geringen Anteil der Probandinnen aus, der u.a. durch den Familienstand (vgl. 3.5.1.) zu erklären sein dürfte. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht bedeutsam hinsichtlich ihrer ehemaligen Berufsausübung.

Tab.11: Hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit

hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit	Gesamt f	Gesamt %	Männer f	Männer %	Frauen f	Frauen %
Hausfrau als Beruf	4	11,1	-	-	4	16,7
Arbeiter	5	13,9	2	16,7	3	12.5
Facharbeiter / Handwerker	7	19,4	3	25.o	4	16,7
mittlerer Beamter bzw. Angestellter	15	41.7	4	33.3	11	45.8
freier Beruf in der Wirtschaft	2	5.6	2	16,7	-	-
höherer Beamter bzw. Akademiker	3	8.3	1	8.3	2 (Akadem.)	8,3
Landwirt	-	-	-	-	-	-
Sonstiges	-	-	-	-	-	-
Summe	36	1oo.o	12	1oo.o	24	1oo.o

3.4.3. EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

Insgesamt 25 Probanden (69.4% der Gesamtstichprobe) haben sich zur Offenlegung ihres monatlichen Nettoeinkommens bereit erklärt, unter ihnen 7 Männer und 18 Frauen. Hingegen verweigerten 5 Männer (41.7% der männlichen Stichprobe) und 6 Frauen (25.o% der weiblichen Stichprobe) die Beantwortung dieser Frage. Aufgrund vorliegender Daten lassen sich 8 der 11 Antwortverweigerer den Berufsgruppen 'Beamte', 'Akademiker' und 'freie Berufe' zuordnen. Ihr Einkommen dürfte sich zumindest teilweise im oberen Drittel der von den übrigen Befragten genannten finanziellen Verhältnisse bewegen.

Für die Gruppe der auskunftsbereiten Probanden ergibt sich insgesamt ein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen von rund DM 1.218.-. Allerdings sind die Einkünfte sehr unterschiedlich - die Spanne liegt zwischen DM 372.- und DM 2.49o.-. Unter den Personen mit niedrigerem Einkommen befinden sich vor allem weibliche Befragte, deren monatliches Nettoeinkommen mit rund DM 1.o54.- unter demjenigen der männlichen Probanden mit rund DM 1.638.- liegt. Diese Unterschiede lassen sich jedoch nicht statistisch absichern.

Ausschließlich Frauen (1o Probandinnen, 55.6% bzw. 4o.o% der auskunftsbereiten weiblichen bzw. gesamten Stichprobe) beziehen monatliche Einkünfte unter DM 1.ooo.-. Rund ein Viertel der auskunftsbereiten Befragten (6 Probanden, 24.o% der Gesamtstichprobe) sind hingegen mit monatlichen Einkünften von mindestens DM 2.ooo.- finanziell recht gut gesichert.

Tab.12 : monatliches Nettoeinkommen

Nettoeinkommen DM	Gesamt f	Gesamt %	Männer f	Männer %	Frauen f	Frauen %
- 499	2	8.o	-	-	2	11.1
5oo - 749	5	2o.o	-	-	5	27.8
75o - 999	3	12.o	-	-	3	16.7
1ooo -1249	5	2o.o	2	28.6	3	16.7
125o -1499	2	8.o	2	28.6	-	-
15oo -1749	1	4.o	-	-	1	5.6
175o -1999	1	4.o	-	-	1	5.6
2ooo -2249	5	2o.o	2	28.6	3	16.7
225o -2499	1	4.o	1	14.3	-	-
Summe	25	1oo.o	7	1oo.1	18	1oo.2
Mittelwert	1.217.92		1.638.43		1.o54.39	

Die Frage nach den Einkommensquellen wurde von allen 36 Befragten beantwortet (Mehrfachnennungen). Hiernach bestehen die monatlichen Einkünfte der Stichprobe vor allem aus Alters- und Witwenrenten (31 Probanden, 86.1% der Gesamtstichprobe). 8 Probanden (22.2% der Gesamtstichprobe), unter ihnen 7 Frauen (29.2% der weiblichen Befragten) geben an, Sozialhilfe zu beziehen. Weitere 5 Personen haben ein Einkommen aus Vermögen/ Besitz, 2 Probanden aus der Kriegsopferversorgung (13.9% bzw. 5.6% der Gesamtstichprobe). Einkünfte aus einer (Neben)Beschäftigung werden von niemandem bezogen, wie auch Unterhaltszahlungen durch die eigenen Kinder von allen verneint werden.

3.4.4. SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT

Als weiteres sozio-ökonomisches Maß zur Stichprobenbeschreibung kann die Beurteilung der Schichtzugehörigkeit durch die Interviewerinnen dienen. Diese wurden vorher darauf trainiert, die Einordnung der Befragten auf der Grundlage von Schulbildung und erreichter beruflicher Position sowohl der Probanden selbst als auch deren Lebenspartner vorzunehmen. Weiterhin sollten auch die Wohnverhältnisse und die finanziellen Bedingungen in die Beurteilung mit einbezogen werden.

Aus der Tabelle 13 ist ersichtlich, daß die Interviewerinnen die Befragten vor allem der Mittelschicht zuordneten, die in drei Kategorien unterteilt worden war: 3o Probanden (85.8% der eingeschätzten Gesamtstichprobe) gehören ihrer Meinung nach hierzu. Werden Unterschicht und untere Mittelschicht als untere Schichten zusammengefaßt, finden sich mit 13 Befragten hier 37.2 % der beurteilten Gesamtstichprobe. Die Geschlechter unterscheiden sich statistisch nicht bedeutsam hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit.

Tab. 13: Schichtzugehörigkeit (Interviewerurteil)

Schicht laut Interviewer	Gesamt f	Gesamt %	Männer f	Männer %	Frauen f	Frauen %
Unterschicht	5	14.3	2	16.7	3	13.o
untere Mittelschicht	8	22.9	3	25.o	5	21.7
Mittelschicht	15	42.9	5	41.7	1o	43.5
obere Mittelschicht	7	2o.o	2	16.7	5	21.7
Oberschicht	-	-	-	-	-	-
Summe	35	1oo.1	12	1oo.1	23	99.9

Anmerkung: 1 Frau wurde nicht eingeschätzt

3.5. FAMILIE

Im Bereich der familiären Beziehungen werden Aussagen zum Familienstand und zur Anzahl lebender Verwandter dargestellt.

3.5.1. FAMILIENSTAND

Während nur 9 Probanden (25.o% der Gesamtstichprobe) verheiratet sind, stehen 27 Befragte und damit drei Viertel der gesamten Stichprobe allein. Unter den alleinstehenden Personen finden sich vor allem verwitwete (17 Probanden, 47.2% der Gesamtstichprobe).
Die beiden Geschlechter unterscheiden sich tendentiell hinsichtlich des Familienstandes. Zum einen sind mit 5 Männern 41.7% der männlichen Stichprobe, hingegen mit 4 Frauen nur 16.7% der weiblichen Stichprobe verheiratet. Weiterhin finden sich unter den geschiedenen und ledigen Befragten ausschließlich Frauen (jeweils 5 Probandinnen bzw. 2o.8% der weiblichen Stichprobe).

Tab.14: Familienstand

Familienstand	Gesamt		Männer		Frauen	
	f	%	f	%	f	%
ledig	5	13.9	-	-	5	2o.8
verheiratet	9	25.o	5	41.7	4	16.7
mehrm.verheirat.	-	-	-	-	-	-
verwitwet	17	47.2	7	58.3	1o	41.7
geschieden	5	13.9	-	-	5	2o.8
getrennt lebend	-	-	-	-	-	-
Summe	36	1oo.o	12	1oo.o	24	1oo.o
Chi-Quadrat df Signifikanz			7.471 3 o.o59(T)			

3.5.2. ZAHL LEBENDER VERWANDTER

24 Probanden (66.7% der Gesamtstichprobe) haben lebende Kinder, im Durchschnitt eins oder zwei. Die übrigen 12 Befragten (33.3% der Gesamtstichprobe) sind hingegen kinderlos. Unter ihnen ist nur ein einziger Mann zu finden, während mit 11 Frauen immerhin 45.8% der weiblichen Stichprobe keine Kinder haben. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist signifikant.

Tab. 15: Zahl der lebenden Kinder

Kinder	Gesamt f	Gesamt %	Männer f	Männer %	Frauen f	Frauen %
o	12	33.3	1	8.3	11	45.8
1	7	19.4	5	41.7	2	8.3
2	14	38.9	5	41.7	9	37.5
3	3	8.3	1	8.3	2	8.3
Summe	36	99.9	12	1oo.o	24	99.9
$\bar{x}$	1.22		1.5o		1.o8	
$\bar{x}$ ohne o	1.83		1.64		2.oo	
Chi-Quadrat			7.982			
df			3			
Signifikanz			o.o47(s)			

Entsprechend der Anzahl von Kindern haben nahezu zwei Drittel der Gesamtstichprobe (23 Probanden, 63.9%) auch lebende Enkelkinder. Durchschnittlich hat jeder dieser Befragten drei Enkel, die Höchstzahl beträgt sieben Enkelkinder. Die Geschlechter unterscheiden sich hierbei nicht bedeutsam.

Ebenfalls zwei Drittel aller Befragten (24 Probanden, 66.7%) geben an, lebende Geschwister zu haben. Im Durchschnitt sind dies ein bis zwei Schwestern bzw. Brüder, im Höchstfall vier Geschwister. Wiederum gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.
Damit hat jeweils ein Drittel der Gesamtstichprobe keine Kinder, Enkel oder Geschwister und deshalb weniger familiäre Beziehungen als die übrigen Befragten.

3.6. WOHNVERHÄLTNISSE

Zu den Wohnverhältnissen werden die Art der Wohnung und der Mitbewohner, die Größe und Ausstattung der Wohnung sowie die Höhe der Miete beschrieben.

3.6.1. ART DER WOHNUNG

Mit 27 Probanden leben drei Viertel der Gesamtstichprobe in einer selbständigen Mietwohnung. Ein eigenes Haus spielt ebenso wie das Wohnen in einer Altenwohnanlage nur eine untergeordnete Rolle - hier leben jeweils nur 4 Befragte (11.1% der Gesamtstichprobe). Zwischen den Geschlechtern bestehen keine bedeutsamen Unterschiede.

Tab.16: Art der Wohnung

Art der Wohnung	Gesamt f	Gesamt %	Männer f	Männer %	Frauen f	Frauen %
eigenes Haus	4	11.1	2	16.7	2	8.3
Eigentums-wohnung	-	-	-	-	-	-
selbständige Mietwohnung	27	75.o	9	75.o	18	75.o
Untermiete	1	2.8	-	-	1	4.2
Altenwohnanlage	4	11.1	1	8.3	3	12.5
Summe	36	1oo.o	12	1oo.o	24	1oo.o

3.6.2. ART DER MITBEWOHNER

Von den 27 alleinstehenden, d.h. ledigen, geschiedenen oder verwitweten Befragten leben 19 (52.8% der Gesamtstichprobe) in einem Einpersonenhaushalt und 4 mit anderen Verwandten zusammen. Weitere 4 alleinstehende Personen haben sich in eine Altenwohnanlage eingemietet.
Von den 9 verheirateten Personen leben 7 allein mit dem Ehepartner, ein weiterer mit Ehepartner und Kindern und ein letzter mit Ehepartner und anderen Verwandten.

3.6.3. GRÖSSE UND AUSSTATTUNG DER WOHNUNG

Pro Wohneinheit von durchschnittlich 2 Zimmern ($\bar{x}$ = 1.93 Zimmer) ergibt sich eine mittlere Größe von 5o.17 qm. Keine Wohnung hat mehr als 3 Zimmer.
Überall ist eine eigene Küche oder Kochnische sowie bis auf 3 Fälle (8.3% der Gesamtstichprobe) ein Badezimmer oder eine Dusche vorhanden. 27 Wohnungen (75.o% der Gesamtstichprobe) verfügen über eine Badewanne. Überall liegt das WC in der eigenen Wohnung und ist fließendes warmes Wasser verfügbar.
Alle Wohnungen sind mit einer wartungsleichten Heizung ausgestattet. Zu 31 von 36 Wohnungen (86.1% der Gesamtstichprobe) gehören ein Garten oder vor allem ein Balkon.

Alle 36 Haushalte haben Telefon, 35 (97.2% der Gesamtstichprobe) Radio, 34 (94.4% der Gesamtstichprobe) ein Fernsehgerät.
35 Befragte (97.2% der Gesamtstichprobe) verfügen über einen Kühlschrank und Staubsauger. Hingegen befindet sich nur in 5 Haushalten (13.9% der Gesamtstichprobe) eine Tiefkühltruhe und in 7 (19.4% der Gesamtstichprobe) eine Waschmaschine.

3.6.4. MIETE

Die 32 Probanden, die Miete zahlen müssen, geben hierfür monatlich im Durchschnitt rund DM 26o.- aus (Heizung nicht mitberechnet). Rund ein Drittel von ihnen (11 Probanden, 34.4%) zahlt im Monat bis DM 2oo.-, bei weiteren 9 Befragten (28.1%) liegt die Miete zwischen DM 2oo.- und DM 3oo.-, 1o (31.3%) zahlen zwischen DM 3oo.- und DM 4oo.-, und bei 2 (6.3%) beträgt die Monatsmiete über DM 4oo.-. Die Geschlechter unterscheiden sich hierbei nicht signifikant.

Wohngeld erhalten 12 der Befragten (33.3% der Gesamtstichprobe), hierunter insbesondere Frauen. So beziehen 1o Probandinnen (41.7% der weiblichen Stichprobe), aber nur 2 Probanden (16.7% der männlichen Stichprobe) diese Beihilfe.

4. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden zunächst die in der vorliegenden Studie verwandten statistischen Methoden (4.1.) erläutert und anschließend die gefundenen Ergebnisse zum Bereich der Sozialkontakte (4.2.), der Freizeitinteressen und -aktivitäten, zum 'HAUS IM PARK' (4.4.) zur Persönlichkeit der Probanden (4.5.) und zu den Aspekten der Kompetenz (4.6.) beschrieben.

4.1. STATISTISCHE METHODEN

Im Hinblick auf die kleine Stichprobe schien eine Aufbereitung der Daten unter strukturellen Gesichtspunkten, etwa auf faktorenanalytischer Basis, nicht angezeigt. Aus diesem Grunde beruhen wesentliche Aussagen dieser Studie auf der Auswertung und Interpretation von Einzelvariablen.

Für die Auswertung der in Form von Antwortkategorien auf Nominal-, Ordinal- und Intervallskalenniveau gewonnenen Daten wurden folgende statistische Methoden benutzt:

Im Querschnitt:

Gruppenvergleiche, wobei als Außenkriterien folgende für die Fragestellung relevante Probandenmerkmale aus dem ersten Befragungsdurchgang dienten, mit denen die Stichprobe nach unterschiedlichen Gesichtspunkten in zwei Vergleichsgruppen unterteilt wurde:

Geschlechtszugehörigkeit:

Gruppe 1 : 12 Männer
Gruppe 2 : 24 Frauen

Chronologisches Alter:

Gruppe 1 : 2o Probanden bis einschließlich 77 Jahre (unterdurchschnittlich)
Gruppe 2 : 16 Probanden ab einschließlich 78 Jahre (überdurchschnittlich)

Schulabschluß:

Gruppe 1 : 21 Probanden mit Volksschulabschluß
Gruppe 2 : 15 Probanden mit weitergehender Schulbildung (mittlere Reife, Abitur oder abgeschlossenes Studium)

Schichtzugehörigkeit (Interviewerurteil)

Gruppe 1 : 13 Probanden aus der Unterschicht und unteren Mittelschicht

Gruppe 2 : 22 Probanden aus der Mittelschicht und oberen Mittelschicht
(1 Frau wurde nicht eingestuft)

Familienstand:

Gruppe 1 : 27 alleinstehende, d.h. ledige, verwitwete oder geschiedene Probanden

Gruppe 2 : 9 verheiratete Probanden
(Stand zu Beginn der 1. Befragung)

Subjektives gesundheitliches Wohlbefinden:

Selbsteinschätzung:

Gruppe 1 : 13 Probanden, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als "sehr gut" oder "eher gut" bezeichneten (überdurchschnittlich)

Gruppe 2 : 23 Probanden, die gesundheitliches Wohlbefinden als "weder besonders gut noch besonders schlecht", "eher schlecht" oder "sehr schlecht" bezeichneten (unterdurchschnittlich)

Einschätzung durch die Interviewer:

Gruppe 1 : 1o Probanden (überdurchschnittlich)

Gruppe 2 : 26 Probanden (unterdurchschnittlich)

Auf eine Berücksichtigung der Einschätzung des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens durch die Betreuerinnen mußte leider aufgrund zu geringer Differenzierung in deren Urteil (nur 4 Probanden = überdurchschnittlich, 32 Probanden = unterdurchschnittlich) verzichtet werden.

Das Nettoeinkommen als aussagefähiges sozio-ökonomisches Merkmal konnte aufgrund der hohen Anzahl von Antwortverweigerern (11 von 36 Probanden) nicht zum Gruppenvergleich heran-

gezogen werden. Statt dessen kann nur auf die Ergebnisse für die Schichtzugehörigkeit, die das Nettoeinkommen u.a. mit berücksichtigen, verwiesen werden (vgl. 3.4.4.).

Für die Überprüfung bedeutsamer Beziehungen zwischen den Gruppenvergleichs-Hauptvariablen einerseits bzw. zu relevanten Einzelvariablen andererseits wurde ein Chi ^{2}-Test für 2 unabhängige Stichproben verwendet.

Diese Methode erschien angesichts der vorliegenden Stichprobengröße und der daher nicht zu erwartenden Normalverteilung angemessen.

Zur Überprüfung korrelativer Zusammenhänge zwischen ausgewählten spezifischen Items mit Intervallskalenniveau (z.B. Selbst- und Fremdeinschätzung) wurde im Querschnitt der *Korrelationskoeffizient R nach PEARSON-BRAVAIS verwendet.*

Im Längsschnitt (FOLLOW-UP)

Zur Erfassung des Ausmaßes auftretender bedeutsamer Merkmalsveränderungen vom 1. zum 2. Durchgang diente das parameterfreie Verfahren von WILCOXON für 2 abhängige Stichproben (FRÖHLICH und BECKER, 1971) (Program Wilcoxon matched-pairs-signed-ranks Test des Computer Institute for Social Research, Michigan State University).

Dieser Signifikanztest wurde gewählt, um angesichts der kleinen Stichprobe und des unterschiedlichen Skalenniveaus durch eine einheitliche Prüfgröße die Irrtumswahrscheinlichkeit so niedrig wie möglich zu halten und Anhaltspunkte für ipsative Veränderungen zu erhalten.

Signifikanzniveau:

$\alpha \leq 0.01$ sehr signifikant

$\alpha \leq 0.05$ signifikant

$\alpha \leq 0.10$ Tendenz

Es wird von 2-seitiger Fragestellung ausgegangen.

Bei dem Chi^2-Test werden normalerweise nur signifikante Werte interpretiert. Die Ausnahme bilden Zusammenhänge im Gesundheitsbereich, wo auch Tendenzen Beachtung finden, da dieser Bereich in der vorliegenden Studie eine herausragende Position einnimmt.

Bei dem Korrelationskoeffizienten R werden signifikante Werte interpretiert.

Bei der Ermittlung bedeutsamer zeitlicher Veränderungen mit Hilfe des WILCOXON-Testes werden sowohl Signifikanzen als auch Tendenzen in der Interpretation berücksichtigt.

4.2. SOZIALKONTAKTE

Als kennzeichnend für den Bereich der *Sozialkontakte* wird in dieser Studie die von den Befragten subjektiv erlebte Häufigkeit inner- und außerfamiliärer Kontakte erfaßt. Weiterhin sind hierbei auch die Antworten der Probanden auf eine offene Frage nach Problemen in ihren sozialen Beziehungen sowie die von ihnen selbst eingeschätzte Belastung von Interesse. Diese Aussagen werden durch einen Chi-Quadrat-Test auf Zusammenhänge zu anderen Stichprobenmerkmalen (vgl. 4.1.) überprüft.

4.2.1. SUBJEKTIV ERLEBTE KONTAKTHÄUFIGKEIT UND IHRE KORRELATE

Der familiäre Bereich der Sozialkontakte wird durch die Kinder einerseits und die sonstigen Verwandten (Enkel, Geschwister, Ehepartner usw.) andererseits repräsentiert. Zur Beurteilung der subjektiven Kontakthäufigkeit dient eine fünfstufige Intervallskala. Für die außerfamiliären Beziehungen, d.h. Freunde, Bekannte und Nachbarn, wird die Skala um eine weitere Stufe für diejenigen Befragten erweitert, die meinen, solche Kontakte überhaupt nicht zu besitzen.

Die folgende Tabelle 17 stellt die subjektive Kontakthäufigkeit zu den Kindern sowie zu den sonstigen Verwandten dar.

Tab. 17 : subjektive Häufigkeit von Kontakten zu Kindern und sonstigen Verwandten in der Gesamtstichprobe

Kontakte	Kinder f	Kinder %	sonstige Verwandte f	sonstige Verwandte %
sehr selten 1	3	12.5	9	25.7
recht selten 2	6	25.o	5	14.3
weder - noch 3	6	25.o	1o	28.6
recht oft 4	4	16.7	6	17.1
sehr oft 5	5	2o.8	5	14.3
Summe	24	1oo.o	35	1oo.o
$\bar{x}$	3.o8		2.85	

Es wird ersichtlich, daß mit 24 Befragten (66.7 %) nur zwei Drittel der Stichprobe überhaupt Kinder haben, zu denen sie im Durchschnitt weder besonders häufige noch besonders seltene Kontakte erleben. Von jeweils 37.5 % (9 Pbn) wird der Kontakt als sehr selten bzw. recht selten oder als sehr oft bzw. recht oft bezeichnet.

Wie in 4.6.2.2.1. ausführlich beschrieben, geben hierbei diejenigen Probanden, deren gesundheitliches Wohlbefinden von den Interviewerinnen als gut oder sehr gut beurteilt wird, besonders häufig an, ein mittleres Kontaktausmaß zu erleben. Bei denjenigen mit unterdurchschnittlichem Befinden gibt es hingegen zwei ganz unterschiedliche Gruppen, die entweder von sehr seltenen bzw. seltenen oder aber von sehr häufigen bzw. häufigen Beziehungen sprechen. Hier scheinen sich die Kinder bei ei-

nem Teil der Befragten möglicherweise aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden ihrer Eltern verstärkt um diese zu kümmern, während ein anderer Teil der Eltern besonders vernachlässigt sein könnte. Der beschriebene Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen mit differierendem gesundheitlichen Wohlbefinden ist signifikant.

Zu anderen Familienmitgliedern als den Kindern haben 35 Befragte Kontakte, und zwar im Mittel recht selten bis weder besonders selten noch oft.Weniger Probanden als hinsichtlich der Kindern sprechen davon, daß sie die übrigen Verwandten sehr oft bzw. recht oft sehen (31.4 %/11 Pbn). Gleichzeitig steigt die Zahl derjenigen, die zu diesen Bezugspersonen sehr selten bzw. recht selten Kontakte haben (39.9 %/14 Pbn). Diese subjektiv beurteilte Kontakthäufigkeit weist keinen signifikanten Zusammenhang zu den überprüften Merkmalen auf.

Im Bereich der außerfamiliären Beziehungen zu Freunden, Bekannten oder Nachbarn (vgl. Tab. 18) fällt zunächst auf, daß über ein Drittel der Stichprobe (38.9%/14 Pbn) angibt, keine Freunde zu haben. Dieselbe Aussage zu Bekannten machen hingegen nur 8.3% (3 Pbn) der Befragten und niemand in bezug auf Nachbarn. Werden diese Probanden ohne Freunde bzw. Bekannte mit in die Berechnung des Mittelwertes einbezogen, so zeigt sich, daß die Befragten die Kontakte zu Freunden durchschnittlich als recht selten bis sehr selten, zu den Bekannten als weder besonders selten noch oft bis selten, bzw. zu den Nachbarn als weder besonders selten noch oft erleben. Sehr oft oder recht oft empfinden in bezug auf Freunde 19.5% (7 Pbn) ihre Kontakte, 22.2% (8 Pbn) in bezug auf Bekannte und 41.6% (15 Pbn) in bezug auf Nachbarn. Damit werden die Beziehungen zu den Freunden als am seltensten beurteilt.

Für die Häufigkeit von außerfamiliären Kontakten ergeben sich keine bedeutsamen Beziehungen zu anderen Stichprobenmerkmalen.

Tab.18 : subjektive Häufigkeit von Kontakten zu Freunden, Bekannten und Nachbarn in der Gesamtstichprobe

Kontakte		Freunde f	Freunde %	Bekannte f	Bekannte %	Nachbarn f	Nachbarn %
keine	0	14	38.9	3	8.3	o	o.o
sehr selten	1	4	11.1	7	19.4	8	22.2
recht selten	2	4	11.1	1o	27.8	8	22.2
weder - noch	3	7	19.4	8	22.2	5	13.9
recht oft	4	5	13.9	4	11.1	8	22.2
sehr oft	5	2	5.6	4	11.1	7	19.4
Summe		36	1oo.o	36	99.9	36	99.9
$\bar{x}$		1.75		2.42		2.94	

Betrachtet man die durchschnittlichen Kontakthäufigkeiten aus der subjektiven Sicht der Befragten zu den unterschiedlichen Bezugspersonen, ergibt sich folgende Reihenfolge: Am häufigsten erleben die Probanden die Kontakte zu den Kindern, dann zu den Nachbarn, zu den sonstigen Verwandten, Bekannten und am seltensten zu den Freunden. Damit erweisen sich die Kinder als vermutlich wichtigste Bezugsgruppe für die vom Außendienst des "HAUS IM PARK" betreuten Personen, und es wird gleichzeitig die Rolle der Nachbarschaft für kontinuierliche Kontakte deutlich. Allerdings sagen die subjektiv erlebten Kontakthäufigkeiten noch nichts über die Intensität der Beziehungen aus, die vermutlich nicht in der oben beschriebenen Reihenfolge angeordnet sein würde. Insbesondere den Freunden dürfte ein größeres Gewicht in den Sozialbeziehungen der Befragten zukommen. Entweder ist den Befragten ein häufigeres Treffen mit den von ihnen als Freunde betrachteten Personen z.B. aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, oder sie hätten zu diesen aufgrund der erlebten Tiefe der Bindung gerne weitaus mehr Kontakte als die vorhandenen, während die nachbarschaftlichen Beziehungen als durchaus ausreichend, weil nicht besonders intensiv, betrachtet werden.

Insgesamt scheint eine Gruppe von etwa 2o% bis 4o% der Stichprobe recht häufige Kontakte innerhalb oder außerhalb der Familien zu haben. Hingegen werden diese von rund 4o% - 6o% der Befragten als selten empfunden. Hier treten vermutlich Probleme auf, die u.a. auch in Zusammenhang mit mangelnder Kompetenz (z.B. fehlender Mobilität oder fehlender Fähigkeit zu befriedigenden Beziehungen) zu sehen sind. Andererseits muß bedacht werden, daß angesichts des hohen Alters der Befragten ein Verlust von Kontaktpartnern nicht selten ist. So sterben beispielsweise gute Freunde, die nicht ohne weiteres ersetzt werden können, und auch der Bekanntenkreis lichtet sich immer mehr. Weiterhin müssen die kinderlosen Befragten berücksichtigt werden, die durch das Fehlen dieser besonders wichtigen Sozialkontakte verstärkt auf außerfamiliäre Beziehungen angewiesen sind.

4.2.2. PROBLEME MIT DEN SOZIALKONTAKTEN UND IHRE KORRELATE

Neben der subjektiven Häufigkeit von Kontakten zu verschiedenen Personen können Aussagen über die hierbei erlebten Probleme der Befragten gemacht werden. Hierzu zählen die selbst eingeschätzten Belastungen durch Kinder, sonstige Verwandte und den Partner/Lebensgefährten auf einer Skala, die fünf verschiedene Grade der erlebten Belastung sowie als weitere Stufe das Fehlen entsprechender Sozialkontakte beinhaltet.

Hinsichtlich der Kinder (vgl. Tab. 19) zeigt sich, daß die 66.7% (24 Pbn) der Stichprobe mit Kindern durchschnittlich wenig bis etwas Belastung durch diese erleben. Insbesondere sind es die Probanden mit schlechterer Schulbildung, d.h. mit Volksschulabschluß oder ohne Schulabschluß, die stärkere Probleme angeben. 33.3% (7 Pbn) von ihnen sprechen zumindest von etwas Belastung durch ihre Kinder, während es bei der Gruppe mit höherer Schulbildung, d.h. Realschulabschluß und besser, nur 13.3% (2 Pbn) sind. Allerdings muß hierbei berücksichtigt werden, daß von den Befragten mit qualitativ schlechterer Bildung ein etwas größerer Prozentsatz Kinder hat (15 Pbn/71.4%) als von denen mit besserem Schulabschluß (9 Pbn/6o.o%). Der Unterschied zwischen beiden Vergleichsgruppen ist signifikant.

Vom Vorhandensein eines Partners oder Lebensgefährten sprechen nur 33.3% (12 Pbn) der Gesamtstichprobe (vgl. Tab.2o). Hierunter sind 8 der 9 verheirateten Probanden (ein verheirateter Befragter äußerte sich hierzu nicht) sowie die beiden Geschwisterpaare, die jeweils ihre mit ihnen zusammenlebende Schwester als Partner bezeichnen. Sie alle erleben eine durchschnittlich als gering bis etwas belastend beurteilte Problematik durch den Partner. Auffällig ist, daß ein Drittel von ihnen (4 Pbn) sogar von einer sehr starken Belastung spricht - hierunter sind u.a. 2 Befragte, die mit der Schwester zusammenleben.

Tab. 19 : Belastung durch die Kinder in der Gesamtstichprobe und Zusammenhang zur Schulbildung (Chi-Quadrat-Test)

Belastung		Gesamt-stichprobe f	%	Schulbildung Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
keine Kinder	o	12	33.3	6	28.6	6	4o.o
keine Belastung	1	8	22.2	2	9.5	6	4o.o
wenig Belastung	2	7	19.4	6	28.6	1	6.7
etwas Belastung	3	4	11.1	2	9.5	2	13.3
recht starke Belastung	4	o	o.o	o	o.o	o	o.o
sehr starke Belastung	5	5	13.9	5	23.8	o	o.o
Summe		36	99.9	21	1oo.o	15	1oo.o
$\bar{x}$ ohne o		2.46		3.oo		1.56	
Chi-Quadrat				9.845			
df				4			
Signifikanz				o.o45(s)			

Schulbildung Gr. 1: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß
Gr. 2: mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium

Die Belastungen durch den Partner sind signifikant mit dem Alter der Befragten verbunden. Allerdings entstehen die Unterschiede zwischen den jüngeren Probanden bis einschließlich 77 Jahre und den älteren ab 78 Jahre vor allem dadurch, daß nahezu alle älteren Befragten (93.3%/14 Pbn) keinen Partner (mehr) haben, hingegen nur 45.o% (9 Pbn) der jüngeren.

Tab. 2o : Belastung durch den Partner/Lebensgefährten in der Gesamtstichprobe und Zusammenhang zum Alter (Chi-Quadrat-Test)

Belastung		Gesamtstichprobe f	%	Alter Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
kein Partner	o	23	65.7	9	45.o	14	93.3
keine Belastung	1	7	2o.o	7	35.o	o	o.o
wenig Belastung	2	o	o.o	o	o.o	o	o.o
etwas Belastung	3	1	2.9	1	5.o	o	o.o
recht starke Belastung	4	o	o.o	o	o.o	o	o.o
sehr starke Belastung	5	4	11.4	3	15.o	1	6.7
Summe		35	1oo.o	2o	1oo.o	15	1oo.o
$\bar{x}$ ohne o		2.5o		2.27		(5.o)	
Chi-Quadrat				9.568			
df				3			
Signifikanz				o.o23(s)			

Alter Gr. 1: bis einschließlich 77 Jahre
Gr. 2: ab einschließlich 78 Jahre

Die sonstigen Verwandten schließlich, zu denen sich 34 der 36 Befragten äußern und die nur bei einem von ihnen fehlen, stellen eine geringere Belastung als Kinder oder Partner dar (vgl. Tab. 21). Durchschnittlich wird hier von einer geringen oder sogar von keiner Belastung gesprochen. Nur 21.2% (7 Pbn) der Befragten mit sonstigen Verwandten sprechen von mindestens etwas Belastung durch diese. Es ergeben sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zu anderen Stichprobenmerkmalen.

Tab. 21 : Belastung durch die sonstigen Verwandten in der Gesamtstichprobe

Belastung		Gesamtstichprobe f	Gesamtstichprobe %
keine sonst. Verw.	o	1	2.9
keine Belastung	1	22	64.7
wenig Belastung	2	4	11.8
etwas Belastung	3	3	8.8
recht starke Bel.	4	1	2.9
sehr starke Bel.	5	3	8.8
Summe		34	99.9
$\bar{x}$ ohne o		1.76	

Die Einschätzung ihrer Belastung durch *Einsamkeit* kann einen Gesamteindruck über einige Probleme der Befragten im zwischenmenschlichen Bereich wiedergeben. Wie aus Tabelle 22 ersichtlich, geben immerhin 48.6% (17 Pbn) der 35 antwortenden Probanden an, zumindest etwas unter Einsamkeit zu leiden, 31.4% (11 Pbn) erleben sogar eine recht starke oder sehr starke Belastung. Es zeigt sich, daß dies vor allem die alleinstehenden Personen sind. Während 59.3% (16 Pbn) von ihnen durch Einsamkeit zumindest etwas belastet sind, gilt dies nur für einen verheirateten Befragten. Der Unterschied ist sehr signifikant.

Weiterhin haben auch die Befragten, die nach Meinung der Interviewerinnen zur Unterschicht bzw. unteren Mittelschicht gerechnet werden können, stärkere Probleme mit der Einsamkeit als die übrigen Befragten aus den gehobeneren Schichten. 5o.o% (6 Pbn) der ersten Gruppe, aber nur 22.7% (5 Pbn) der zweiten fühlen sich hierdurch eher oder sehr stark belastet. Ebenso sind nur 33.3% (4 Pbn) der unteren Schichten durch Einsamkeitsgefühle nicht oder wenig belastet, hingegen jedoch 59.1% (13 Pbn) der sozioökonomisch besser gestellten Befragten. Der Unterschied ist sehr signifikant. Beide Gruppenvergleiche sowie die Gesamtverteilung hinsichtlich der Probleme mit Einsamkeit sind in der Tabelle 22 dargestellt.

Neben den subjektiv erlebten Belastungen durch soziale Kontakte antworteten die Befragten auch auf zwei offene Fragen nach Problemen hinsichtlich der familiären bzw. der sonstigen sozialen Beziehungen. Es zeigt sich, daß im familiären Bereich nur ein ganz geringer Prozentsatz der Stichprobe Schwierigkeiten benennt. 4 Befragte (11.1%) haben den Kontakt zu den Kindern völlig abgebrochen, einer auch zu den Enkeln. Über zu wenig Kontakt aus räumlichen oder anderen Gründen beklagen sich wiederum 4 Probanden (11.1%) im Hinblick auf die Kinder, 3 (8.3%) in bezug auf die Enkel und 6 (16.7%) hinsichtlich sonstiger Verwandter. Weitere 2 Befragte (5.6%) vermissen einen Partner.

Dieselbe offene Frage nach Problemen bei den außerfamiliären Beziehungen zeigt zunächst, daß 8 Probanden (22.2%) hier von Einsamkeit sprechen. 7 Befragte (19.4%) beklagen das Fehlen zufriedenstellender Kontakte zu Bekannten und 3 (8.3%) äußern dasselbe hinsichtlich der Nachbarn.

Tab. 22 : Belastung durch Einsamkeit in der Gesamtstichprobe und Zusammenhang zum Familienstand und Schichtzugehörigkeit (Urteil des Interviewers) (Chi-Quadrat-Test)

Belastung	Gesamtstichpr.		Familienstand				Schicht			
			Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
keine 1	12	34.3	5	18.5	7	87.5	o	o.o	11	5o.o
wenig 2	6	17.1	6	22.2	o	o.o	4	33.3	2	9.1
etwas 3	6	17.1	6	22.2	o	o.o	2	16.7	4	18.2
recht stark 4	3	8.6	3	11.1	o	o.o	3	25.o	o	o.o
sehr stark 5	8	22.9	7	25.9	1	12.5	3	25.o	5	22.7
Summe	35	1oo.o	27	99.9	8	1oo.o	12	1oo.o	22	1oo.o
$\bar{x}$	2.69		3.o4		1.5o		3.42		2.36	
Chi-Quadrat			13.496				14.113			
df			4				4			
Signifikanz			o.o1o(ss)					(ss)		

Familienstand Gr. 1: alleinstehend (verwitwet, ledig, geschieden)
Gr. 2: verheiratet
Schicht Gr. 1: Unterschicht, untere Mittelschicht
Gr. 2: mittlere und obere Mittelschicht

Der Kontaktmangel zu den Kindern aus räumlichen Gründen ist im übrigen signifikant mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Befragten nach Meinung der Interviewerinnen verbunden und wird häufiger von Personen mit besserem Befinden genannt. Die ausführlichen Ergebnisse hierzu finden sich unter 4.6.2.2.1.

Die Zusammenfassung der in diesem Kapitel zusammengetragenen Ergebnisse zu zwischenmenschlichen Beziehungen der befragten Stichprobe deutet zunächst darauf hin, daß die Befragten unter einem eher geringen bis mittleren Ausmaß von Belastungen zu leiden scheinen. Bei der Selbsteinschätzung ihrer sozialen Einbettung durch die Probanden scheint der Gesundheitszustand eine bedeutsame Rolle zu spielen (vgl. 4.6.2.2.1.). Unter diesem Aspekt sind auch die empfundenen Belastungen durch Sozialkontakte zu sehen, wobei, sofern hier die Kinder genannt werden, weiter die Schulbildung von Bedeutung ist. Probanden mit geringerer Schulbildung geben hierbei signifikant eher Probleme an.

Unter Einsamkeit leiden nach eigenen Angaben etwa 3o % - 4o % der Stichprobe, hierunter eher alleinstehende Personen aus der Unterschicht und unteren Mittelschicht.

Die sich einsam fühlenden Probanden dürften die Betreuung durch die Mitarbeiterinnen aus dem 'HAUS IM PARK' neben der Haushilfe vermutlich in besonderem Maße auch als eine willkommene Möglichkeit zu zwischenmenschlichen Kontakten betrachten.

4.2.3. VERÄNDERUNGEN IM BEREICH DER SOZIALKONTAKTE

Die Sozialkontakte, die durch die subjektive Kontakthäufigkeit im familiären und außerfamiliären Bereich, durch erlebte Belastungen bei diesen Beziehungen und verschiedene Probleme hierbei erfaßt wurden, weisen für keines dieser Merkmale eine bedeutsame Veränderung bei den einzelnen Probanden zwischen dem ersten und zweiten Meßzeitpunkt auf. Der WILCOXON-Test, der zur Überprüfung diente (vgl. 4.1.), zeigt keine signifikanten Unterschiede von der ersten zur zweiten Befragung. Danach scheinen die sozialen Kontakte, soweit sie durch diese Studie erfaßt werden konnten, im Erleben der Befragten recht konstant zu sein.

4.3. FREIZEITINTERESSEN UND -AKTIVITÄTEN

Einen wichtigen Aspekt der Lebenssituation stellt der Freizeitbereich dar (vgl. SCHMITZ-SCHERZER, 1975). In der vorliegenden Studie werden in diesem Zusammenhang sowohl *Interessen* zur Freizeitgestaltung als auch konkret ausgeführte *Aktivitäten* erfaßt.

4.3.1. BESCHREIBUNG DER FREIZEITGESTALTUNG

Zur Beschreibung der Freizeitgestaltung wird sowohl für die Interessen als auch die konkret ausgeübten Aktivitäten jeweils eine fünfstufige Intervallskala herangezogen, auf der die Interessen-Stärke bzw. die subjektiv eingeschätzte Häufigkeit, mit der Freizeitbeschäftigungen nachgegangen wird, gemessen werden.

Die Liste von 25 ausgesuchten Freizeitbeschäftigungen, zu denen sich die Befragten äußern, umfaßt einen weiten Bereich von eher passiven Tätigkeiten wie Radiohören bis hin zu ausgesprochen aktiver körperlicher Betätigung wie Gartenarbeit. Sie berücksichtigt Tätigkeiten inner- und außerhalb der Wohnung und umfaßt Aktivitäten in so unterschiedlichen Bereichen, wie Sport, Politik, Kunst, Handwerk oder Religion. Die Aussagen der Befragten hierzu können einen guten Überblick über die Intensität ihrer Interessen und den Umfang, in dem diese überhaupt verwirklicht werden, geben. Aus der Tabelle 23 sind die durchschnittlichen Werte für die befragte Stichprobe zu entnehmen.

Die einzelnen Interessen und tatsächlich ausgeführten Aktivitäten weisen eine sehr unterschiedliche durchschnittliche Ausprägung auf. Die folgende Beschreibung gibt die wichtigsten Ergebnisse wieder.

Es wird deutlich, daß z.B. der Besuch sportlicher oder politischer Veranstaltungen für die befragte Stichprobe ohne Bedeutung ist. In beiden Fällen ist das Interesse im Mittel sehr bis eher gering, und diese Tätigkeiten werden durchschnittlich nie ausgeführt. Jeweils nur 13.9% (5 Pbn) äußern zu solchen Besuchen ein eher bis sehr stark ausgeprägtes Interesse, und nur ein Proband bzw. niemand geht öfter oder sehr oft zu sportlichen bzw. politischen Veranstaltungen. Ähnliches gilt für die Gartenarbeit oder den Besuch eines nicht speziell für Ältere eingerichteten Clubs/Vereins. Alle diese außerhäuslichen Tätigkeiten scheinen für die vom Außendienst betreuten Personen von äußerst geringer Bedeutung.

Verschiedene Aktivitäten innerhalb der Wohnung finden ein geringes bis mittleres Ausmaß an Interesse. Hobbies, wie Basteln, Handarbeiten bzw. Malen oder die Beschäftigung mit Spielen, sind z.B. für jeweils 27.8% (1o Pbn) von eher stark bzw. sehr stark ausgeprägtem Interesse, das Lesen von Büchern für 3o.6% (11 Pbn). Ausgeübt werden diese drei Tätigkeiten nach Aussagen

Tab. 23 : Durchschnittliche Ausprägung von Freizeitinteressen und -aktivitäten (arithmetischer Mittelwert)

Freizeitbeschäftigung	Aktivität		Interesse	
	f	$\bar{x}$	f	$\bar{x}$
Besuch sportlicher Veranstaltungen	35	1.11	35	1.51
Besuch politischer Veranstaltungen	36	1.14	36	1.72
Gartenarbeit	36	1.19	36	1.44
Besuch fortbildender Veranstaltungen	36	1.28	36	2.31
Besuch eines Clubs (nicht speziell für Ältere)	36	1.36	36	1.61
Hilfeleistungen bei Freunden, Bekannten	35	1.46	35	2.14
Basteln, Handarbeiten, Malen u.ä.	36	1.56	36	2.28
Spiele	36	1.61	36	2.44
Besuch von Geselligkeiten	36	1.64	36	3.14
Besuch einer Altentagesstätte (nicht Senioren-Centrum)	36	1.69	36	2.19
Besuch kultureller Veranstaltungen	36	1.92	36	3.53
Reisen	36	2.14	36	3.58
Ausflüge, Besichtigungen usw.	36	2.14	36	3.61
Bücher lesen	36	2.19	36	2.75
Besuch e. Cafés,Restaurants, Lokals	35	2.23	35	2.91
Kirchenbesuch	35	2.23	35	2.46
Informationen über den Stadtteil	36	2.25	36	3.42
Beschäftigung mit religiösen Inhalten	35	2.57	35	2.69
Besuche machen, empfangen	36	2.75	36	4.oo
Spaziergänge machen	36	3.o3	36	3.72
Radio hören	36	3.78	35	3.83
Tageszeitungen, Illustrierte lesen	36	3.94	36	3.78
Fernsehen	36	3.97	36	4.oo
Verrichtungen im Haushalt	36	4.33	36	2.81

Erläuterungen:

Skala Interesse	Skala Aktivität
1 sehr gering	1 wird nie gemacht
2 eher gering	2 wird selten gemacht
3 mittelmäßig	3 wird gelegentlich gemacht
4 eher stark	4 wird öfter gemacht
5 sehr stark	5 wird sehr oft gemacht

der Befragten im Durchschnitt allerdings nie bis selten. Tatsächlich basteln/handarbeiten/malen bzw. spielen jeweils nur 11.1% (4 Pbn) öfter oder sehr oft. Dasselbe gilt für 22.2% (8 Pbn) hinsichtlich des Lesens. Die genannten Aktivitäten sind damit nur für eine Minderheit der Befragten von Bedeutung.

Ähnliches gilt auch für den Besuch eines Cafés oder Restaurants, der durchschnittlich ein mittleres Interesse findet und selten bis gelegentlich durchgeführt wird. 38.9% (14 Pbn) der Befragten interessieren sich hierfür eher oder sehr stark, 25.o% (9 Pbn) tun dies öfter oder sehr oft.

Ebenfalls nur für eine Minorität bedeutsam scheinen religiös motivierte Aktivitäten. Das Interesse für einen Kirchenbesuch bzw. an einer sonstigen Beschäftigung mit religiösen Inhalten ist im Durchschnitt eher gering bis mittelmäßig ausgeprägt. Jeweils 33.3% (12 Pbn) äußern hieran ein eher starkes oder sehr starkes Interesse. Ausgeübt werden diese Tätigkeiten im Mittel selten bis gelegentlich. 25.o% (9 Pbn) bzw. 3o.6% (11 Pbn) besuchen öfter oder sehr oft die Kirche bzw. beschäftigen sich anderweitig mit religiösen Dingen.

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Tätigkeiten findet sich für die folgenden im Durchschnitt zumindest ein mittelmäßiges, maximal ein eher starkes Interesse. Hierbei handelt es sich zunächst um den Besuch von Geselligkeiten bzw. kulturellen Veranstaltungen, für den sich 5o.o% (18 Pbn) bzw. 63.9% (23 Pbn) eher oder sehr stark interessieren. Durchgeführt werden solche Besuche jedoch im Durchschnitt nur selten bis nie; lediglich 8.3% (3 Pbn) sprechen in bezug auf Geselligkeiten und 19.4% (7 Pbn) in bezug auf kulturelle Veranstaltungen davon, daß sie hierhin öfter oder sehr oft gehen. Für die Ausübung dieser Aktivitäten, die an sich auf zahlreiches Interesse stoßen, scheint es danach wie für andere außerhäusliche Tätigkeiten einen Mangel an Gelegenheiten oder vor allem auch an ausreichender Kompetenz (z.B. hinsichtlich der eigenen Beweglichkeit, vgl. 4.6.1.2.) zu geben.

Ähnliches deuten andere Tätigkeiten, die ebenfalls außerhäusliche Mobilität außer Haus erfordern, an: Das Interesse für Reisen, Ausflüge oder Spaziergänge ist nahezu gleich groß. Bei den beiden ersten Aktivitäten antworten 66.7% (24 Pbn), bei der dritten 63.9% (23 Pbn), daß sie hieran eher stark oder sehr stark interessiert seien. Hingegen werden Reisen bzw. Ausflüge im Durchschnitt nur selten gemacht; lediglich 25.o% (9 Pbn) bzw. 16.7% (6 Pbn) tun dies öfter oder sehr oft. Spaziergänge, die möglicherweise der Bewegungsfähigkeit der Befragten besser entsprechen, werden hingegen häufiger, d.h. im Durchschnitt gelegentlich, unternommen; jeder zweite Proband etwa (47.2%/17 Pbn) geht öfter oder sehr oft spazieren.

Von einer besonderen Bedeutung für die untersuchte Stichprobe sind die Medien, die zu Hause verfügbar sind. Tageszeitung oder Illustrierte lesen, Radiohören oder Fernsehen trifft durchschnittlich auf ein Interesse, das als eher stark bezeichnet werden kann. 61.1% (22 Pbn) interessiert das Zeitunglesen eher oder sehr stark, 55.6% (2o Pbn) das Radiohören und 63.9% (23 Pbn) das Fernsehen. Diese Tätigkeiten werden auch von der Mehrzahl der Probanden real ausgeübt, durchschnittlich gelegentlich bis öfter. Sehr oft oder öfter hören 58.3% (21 Pbn) Radio. Dasselbe gilt für 72.2% (26 Pbn) der Befragten hinsichtlich des Zeitungslesens und Fernsehens. Der Medienkonsum, insbesondere das Fernsehen, hat damit für etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Probanden eine recht große Bedeutung für die Freizeitgestaltung.

Das Empfangen oder Abstatten von Besuchen schließlich findet - ebenso wie das Fernsehen - in der befragten Stichprobe ein maximales Interesse. Es ist durchschnittlich eher stark ausgeprägt, und mit 75.o% (27 Pbn) interessieren sich hierfür mehr Befragte eher oder sehr stark als für alle anderen vorgegebenen Aktivitäten. Zu solchen recht stark erwünschten Besuchen kommt es aber dem Erleben der Probanden nach im Durchschnitt nur selten bis gelegentlich; lediglich 3o.6% (11 Pbn) sprechen hier von öfter oder sehr oft. Dies ist ein besonders gravierendes

Beispiel dafür, daß sich zwischen Interessen und tatsächlicher Freizeitgestaltung starke Diskrepanzen ergeben können.

Im umgekehrten Falle trifft dies im übrigen für die Haushaltsverrichtungen zu. Während sie nur 22.2% (8 Pbn) sehr oder eher stark interessieren, sind immerhin 86.1% (31 Pbn) hiermit öfter oder sehr oft beschäftigt. Damit sind diese wenig interessanten Tätigkeiten gleichzeitig die am häufigsten ausgeübten Aktivitäten bei den befragten Personen, der Durchschnitt der subjektiv erlebten Häufigkeit, mit der den Haushaltsverrichtungen nachgegangen wird, liegt zwischen öfter und sehr oft.

Zusammenfassend lassen sich für die Freizeitgestaltung der vom Außendienst des 'HAUS IM PARK' betreuten Personen einige interessante Ergebnisse festhalten:

Zunächst kann folgendes über den Zusammenhang zwischen empfundenem Interesse an einer Freizeitaktivität und der selbst beurteilten Häufigkeit ihrer Ausübung ausgesagt werden: Im Falle des Medienkonsums z.B. gehen beide Komponenten der Freizeitgestaltung parallel einher; denn die Medien, insbesondere das Fernsehen, stoßen auf großes Interesse und spielen in der tagtäglichen Freizeitgestaltung der Befragten eine wesentliche Rolle. Dies stimmt im übrigen gut überein mit anderen Studien, die ebenfalls die bedeutsame Rolle des Fernsehens bei älteren Menschen hervorgehoben haben (vgl. zusammenfassende Darstellung bei SCHMITZ-SCHERZER, 1974).

Bei anderen Freizeitmöglichkeiten gehen im Gegensatz zum Medienkonsum Interessen und real ausgeübte Aktivitäten auseinander. Zumeist überwiegt hierbei das Interesse - die an sich recht geschätzten Freizeitbeschäftigungen werden zumeist nur wenig verwirklicht. Der Grund hierfür dürfte vor allem in einer mangelnden Beweglichkeit der Befragten zu finden sein, die auch in den

Ergebnissen zur Alltagskompetenz deutlich wird (vgl. 4.6.1.2.). Dies betrifft vor allem die außerhäuslichen Aktivitäten, die für die Probanden zum Teil recht schwierig durchzuführen scheinen. Weiterhin könnte aber auch ein fehlendes Freizeitangebot für Ältere oder das negative Alterssstereotyp, das Passivität im höheren Alter nahelegt (vgl. LEHR, 1979), einen gewissen Anteil an den geringen Aktivitäten der Befragten im Freizeitbereich haben.

Die einzige Ausnahme in den untersuchten Freizeitmöglichkeiten, bei denen die Häufigkeit der Ausübung das Interesse an ihr bei weitem übersteigt, stellen die Haushaltsverrichtungen dar. Hier deutet sich an, daß die Freizeit für einige der vom Außendienst betreuten Personen möglicherweise eintönig und unbefriedigend verläuft; ihren Interessen gehen sie kaum nach mit Ausnahme des Medienkonsums. So scheinen für diese Befragten dann insbesondere das Fernsehen und die nur auf wenig Interesse stoßenden Haushaltstätigkeiten die Freizeit zu prägen.

Überhaupt fällt bei den geschilderten Ergebnissen auf, daß die Stärke der geäußerten Interessen insgesamt recht niedrig ist; nur wenige Aktivitäten finden allgemeine Zustimmung. Entweder bestätigt sich hier eine gewisse Passivität dieser Stichprobe, oder die Befragten haben, vielleicht aufgrund der fehlenden Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten auszuüben, auch das Interesse hieran verloren. Hier zeigt sich sehr deutlich die unter 1.4.2. betonte Notwendigkeit geeigneter Reaktivierungsmaßnahmen bei in ihrer Lebensführung eingeschränkter älterer Menschen.

4.3.2. KORRELATE DER FREIZEITINTERESSEN UND -AKTIVITÄTEN

Die geäußerten Freizeitinteressen und -aktivitäten werden bei der erfaßten Stichprobe nur in geringem Ausmaß von den in 4.1.

beschriebenen ausgewählten Merkmalen der Lebenssituation beeinflußt (Chi-Quadrat-Test).

Bei den I n t e r e s s e n spielt die *Schulbildung* insofern eine Rolle, als Befragte mit schlechterem Schulabschluß mehr Interesse am Fernsehen und am Spazierengehen äußern als diejenigen mit zumindest mittlerer Reife (vgl. Tab. 24). 76.2% (16 Pbn) der ersten Gruppe bezeichnen sich hinsichtlich des Fernsehens und 81.o% (17 Pbn) in bezug auf das Spazierengehen als eher oder sehr stark interessiert, während es bei der zweiten mit besserer Schulbildung nur 46.7% (7 Pbn) bzw. 4o.o% (6 Pbn) sind. Beide Unterschiede sind signifikant.

Tab. 24 : Zusammenhang zwischen Freizeitinteressen und Schulbildung (Chi-Quadrat-Test)

Interesse		Fernsehen Schulbildung				Spaziergänge Schulbildung			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
sehr gering	1	2	9.5	o	o.o	2	9.5	3	2o.o
eher gering	2	o	o.o	1	6.7	o	o.o	1	6.7
mittelmäßig	3	3	14.3	7	46.7	2	9.5	5	33.3
eher stark	4	5	23.8	o	o.o	4	19.o	5	33.3
sehr stark	5	11	52.4	7	46.7	13	61.9	1	6.7
Summe		21	1oo.o	15	1oo.1	21	99.9	15	1oo.o
$\bar{x}$		4.1o		3.87		4.24		3.oo	
Chi-Quadrat		9.76o				12.222			
df		4				4			
Signifikanz		o.o46(s)				o.o16(s)			

Schulbildung Gr. 1: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß
Gr. 2: mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium

Für den *Familienstand* gilt, daß das Interesse daran, Besuche zu machen oder zu empfangen, signifikant häufiger von den alleinstehenden Befragten als von den verheirateten bejaht wird. 81.5% (22 Pbn) (vgl. Tab. 25) der verwitweten, geschiedenen oder ledigen Personen sind an Besuchen eher oder sehr stark interessiert, während dies nur 55.6% (5 Pbn) der Befragten mit Ehepartner aussagen. Das Bedürfnis nach sozialen Kontakten ist dementsprechend bei den alleinstehenden Probanden - und das sind in der vorliegenden Studie wie so oft im höheren Alter vor allem Frauen - stärker ausgeprägt. Dies stimmt im übrigen gut mit der von ihnen im Vergleich zu den verheirateten Befragten stärker empfundenen Belastung durch Einsamkeit (vgl. 4.2.2.) überein.

Tab. 25 : Zusammenhang zwischen dem Interesse am Besuchemachen bzw. -empfangen und dem Familienstand (Chi-Quadrat-Test)

Interesse		Familienstand Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
sehr gering	1	o	o.o	2	22.2
eher gering	2	1	3.7	2	22.2
mittelmäßig	3	4	14.8	o	o.o
eher stark	4	9	33.3	2	22.2
sehr stark	5	13	48.1	3	33.3
Summe		27	99.9	9	99.9
$\bar{x}$		4.26		3.22	
Chi-Quadrat		1o.717			
df		4			
Signifikanz		o.o31(s)			

Familienstand Gr. 1: alleinstehend (verwitwet, ledig, geschieden)
Gr. 2: verheiratet

Zwei bedeutsame Beziehungen zum Bereich der Interessen weist, wie in 4.6.2.2.1. näher beschrieben, das *gesundheitliche Wohlbefinden* auf. So ist das Interesse an Gartenarbeit verständlicherweise bei den Befragten, deren Wohlbefinden von den Interviewern überdurchschnittlich gut beurteilt wird, sehr signifikant größer als bei denjenigen mit schlechterem Befinden. Auch an politischen Veranstaltungen sind die Probanden mit besserem gesundheitlichen Wohlbefinden (Selbstbeurteilung) tendentiell eher interessiert als die übrigen Befragten.

Ein letzter signifikanter Unterschied bei den durchgeführten Gruppenvergleichen zeigt sich zwischen den beiden *geschlechtsspezifischen* Stichproben hinsichtlich des Bastelns, Handwerkens, Malens u.ä. (vgl. Tab. 26). Während kein männlicher Proband von einem zumindest mittleren Interesse anderartigen Hobbies spricht, äußern dieses immerhin 54.2% (13 Pbn) der weiblichen Stichprobe. Hierbei handelt es sich im übrigen vor allem um Handarbeiten.

Weitere Interessenunterschiede zwischen verschiedenen Gruppen sind nicht zu finden. Sie schlagen sich im übrigen nahezu gar nicht in gruppenspezifischen Aktivitäten nieder.

Bei den F r e i z e i t a k t i v i t ä t e n sind wie bei den Interessen ebenfalls nur sehr wenige bedeutsame Bezüge zu anderen Merkmalen zu finden.

Die Häufigkeit, mit der Besuche gemacht oder empfangen werden, ist signifikant mit dem *Geschlecht* verbunden (vgl. Tab. 26). Die befragten Männer tun dies ihrer Meinung nach zu 66.7% (8 Pbn) nie oder selten und danach weniger oft als die Frauen, die nur zu 37.5% (9 Pbn) entsprechend antworten. Allerdings unterscheiden sich die Mittelwerte beider Gruppen nur leicht zugunsten der weiblichen Befragten. Dieses Ergebnis erinnert im übrigen an den gleichlautenden Zusammenhang zwischen dem Interesse an Besuchen und dem - meist bei den Frauen vorliegenden - Fehlen

Tab. 26 : Zusammenhang zwischen dem Interesse am Basteln, Handarbeiten, Malen u.ä. und der Geschlechtszugehörigkeit (Chi-Quadrat-Test)

Interesse		Geschlecht Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
sehr gering	1	11	91.7	10	41.7
eher gering	2	1	8.3	1	4.2
mittelmäßig	3	0	0.0	3	12.5
eher stark	4	0	0.0	2	8.3
sehr stark	5	0	0.0	8	33.3
Summe		12	100.0	24	100.0
$\bar{x}$		1.08		2.88	
Chi-Quadrat		10.179			
df		4			
Signifikanz		0.038(s)			

Geschlecht Gr. 1: männlich
Gr. 2: weiblich

eines Ehepartners. Allerdings ist die Häufigkeit von Besuchen selbst nicht mit dem Familienstand verbunden.

Dennoch spricht die signifikante Beziehung des *Familienstandes* zur Häufigkeit, mit der man sich mit Informationen über den Stadtteil befaßt, auch dafür, daß alleinstehende Befragte sich möglicherweise mehr um Bezüge zur sozialen Umwelt bemühen als verheiratete und auch stärker auf Kontakte außerhalb der Wohnung angewiesen sind (vgl. Tab. 27). 25.9% (7 Pbn) der Probanden ohne Ehepartner informieren sich sehr oft oder öfter über den Stadtteil, hingegen niemand der verheirateten Befragten. Die Mittelwerte der beiden Vergleichsgruppen unterscheiden sich zwar nur gering voneinander, jedoch ebenfalls zugunsten der alleinstehenden Stichprobe.

Tab. 27: Zusammenhang zwischen der Aktivität 'Besuche machen, empfangen' und der Geschlechtszugehörigkeit (Chi-Quadrat-Test)

Häufigkeit der Aktivität		Geschlecht Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
nie	1	2	16.7	3	12.5
selten	2	6	5o.o	6	25.o
gelegentlich	3	o	o.o	8	33.3
öfter	4	2	16.7	7	29.2
sehr oft	5	2	16.7	o	o.o
Summe		12	1oo.1	24	1oo.o
$\bar{x}$		2.67		2.79	
Chi-Quadrat		1o.1oo			
df		4			
Signifikanz		o.o4o(s)			

Geschlecht Gr. 1: männlich
Gr. 2: weiblich

Für das Radiohören gilt die umgekehrte Beziehung zum Familienstand wie die bisher geschilderte. Hier sind es die verheirateten Personen, die zu 77.8% (7 Pbn) und damit signifikant häufiger dieses Medium öfter oder sehr oft benutzen als die alleinstehenden (51.9%/14 Pbn) (vgl. Tab. 28). Auch die Mittelwerte unterscheiden sich, wenn auch geringfügig, zugunsten der Befragten mit Ehepartner.

Dieses Ergebnis erinnert u.a. auch an die etwas schlechtere Alltags-Kompetenz der verheirateten Befragten im Vergleich zu den alleinstehenden (vgl. 4.6.1.3.). So hören die Probanden mit einem von den Interviewern als unterdurchschnittlich eingeschätzten *gesundheitlichen Wohlbefinden* ebenfalls sehr signifi-

Tab. 28 : Zusammenhang zwischen Freizeitaktivitäten und Familienstand (Chi-Quadrat-Test)

Häufigkeit der Aktivität		Informationen über den Stadtteil Familienstand				Radio hören Familienstand			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
nie	1	13	48.1	4	44.4	2	7.4	2	22.2
selten	2	4	14.8	o	o.o	4	14.8	o	o.o
gelegentlich	3	3	11.1	5	55.6	7	25.9	o	o.o
öfter	4	3	11.1	o	o.o	o	o.o	2	22.2
sehr oft	5	4	14.8	o	o.o	14	51.9	5	55.6
Summe		27	99.9	9	1oo.o	27	1oo.o	9	1oo.o
$\bar{x}$		2.3o		2.11		3.74		3.89	
Chi-Quadrat		9.686				11.o18			
df		4				4			
Signifikanz		o.o47(s)				o.o27(s)			

Familienstand Gr. 1: alleinstehend (verwitwet, ledig, geschieden)
Gr. 2: verheiratet

kant häufiger Radio als die anderen mit besserer Beurteilung, wie in 4.6.2.2.1. näher beschrieben ist.

Im übrigen gehen die Probanden mit dem von den Interviewern schlechter eingeschätzten gesundheitlichen Wohlbefinden seltener zu kulturellen Veranstaltungen oder zu Geselligkeiten als die übrigen. Der Unterschied, der ebenfalls näher in 4.6.2.2.1. beschrieben ist, ist signifikant bzw. tendentiell bedeutsam. Beide zuletzt genannten Ergebnisse deuten auf eine fehlende Beweglichkeit zur Freizeitgestaltung außerhalb der eigenen vier Wände bei den Personen mit schlechterem gesundheitlichen

Wohlbefinden hin, die sie zu einer stärkeren Beschäftigung mit Aktivitäten innerhalb der eigenen Wohnung nötigt.

Als letztes Merkmal weist die von den Interviewerinnen eingeschätzte *Schichtzugehörigkeit* zwei bedeutsame Zusammenhänge zum Bereich der Freizeitaktivitäten auf. Sowohl in bezug auf die Haushaltsverrichtungen als auch auf das Lesen von Tageszeitungen und Illustrierten sind es jeweils die Befragten aus den gehobeneren Schichten, die sich signifikant bzw. sehr signifikant aktiver einschätzen als diejenigen aus der Unterschicht bzw. unteren Mittelschicht (vgl. Tab. 29). 86.4% (19 Pbn) der sozioökonomisch besser gestellten Befragten haben sehr oft im Haushalt zu tun, während nur 38.5% (5 Pbn) der anderen Gruppe sich dieser Meinung anschließen. Die Zeitung oder Illustrierte lesen 86.3% (19 Pbn) der gehobeneren Schichten öfter oder sehr oft, hingegen nur 53.9% (7 Pbn) aus der Unterschicht bzw. unteren Mittelschicht.

Angesichts der wenigen, wenn auch schlüssigen Einzelergebnisse zu Korrelaten im Bereich der Freizeitinteressen und -aktivitäten soll an dieser Stelle auf eine zusammenfassende Darstellung verzichtet werden. Zweifelsohne macht sich hier die kleine Stichprobe besonders bemerkbar. Auf die Daten wird im Rahmen der Gesamtinterpretation des in der vorliegenden Studie zusammengetragenen Materials einzugehen sein (vgl. 5.3.).

Tab. 29 : Zusammenhang zwischen Freizeitaktivitäten und Schichtzugehörigkeit (Urteil des Interviewers) (Chi-Quadrat-Test)

Häufigkeit der Aktivität		Verrichtungen im Haushalt Schicht				Tageszeitungen, Illustrierte lesen Schicht			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
nie	1	1	7.7	1	4.5	3	23.1	2	9.1
selten	2	o	o.o	1	4.5	o	o.o	o	o.o
gelegentlich	3	1	7.7	o	o.o	3	23.1	1	4.5
öfter	4	6	46.2	1	4.5	5	38.5	1	4.5
sehr oft	5	5	38.5	19	86.4	2	15.4	18	81.8
Summe		13	1oo.1	22	99.9	13	1oo.1	22	99.9
$\bar{x}$		4.o8		4.64		3.23		4.5o	
Chi-Quadrat		12.233				15.369			
df		4				3			
Signifikanz		o.o16 (s)				o.oo3.(ss)			

Schicht Gr. 1: Unterschicht, untere Mittelschicht
Gr. 2: mittlere u. obere Mittelschicht

4.3.3. VERÄNDERUNGEN IM FREIZEITBEREICH

Die 25 Freizeitinteressen und -aktivitäten, zu denen sich die Befragten äußerten, zeigen nach Überprüfung durch den WILCOXON-Test (vgl. 4.1.) in einigen Fällen eine bedeutsame Veränderung von der ersten zur zweiten Exploration. Diese Ergebnisse werden in den Tabellen 3o und 31 dargestellt.

Danach haben eine Reihe von *Interessen* bei einigen Befragten zum zweiten Explorationszeitpunkt hin abgenommen. Dies betrifft ausschließlich Interessen, die schon bei der ersten Befragung durchschnittlich nur gering bis maximal mittelmäßig ausgeprägt waren. Aus der Tabelle 3o kann ersehen werden, daß die Veränderungen im Interessenbereich in sehr signifikantem Ausmaß die Informationen über den Stadtteil (Abnahme bei 17 Pbn bzw. 47.2%, Zunahme bei 7 Pbn bzw. 19.4%), die Beschäftigung mit religiösen Inhalten (Abnahme bei 15 Pbn bzw. 42.9%, Zunahme bei 4 Pbn bzw. 11.4%)- die Prozentzahlen beziehen sich auf 35 beurteilende Probanden - und das Basteln/Handarbeiten/Malen etc. (Abnahme bei 9 Pbn bzw. 25.o%, keine Zunahmen) betreffen. Bei diesen Freizeitbeschäftigungen deutet sich somit insgesamt eine Interessenabnahme von der ersten zur zweiten Befragung an.

Dasselbe gilt für das schon bei der ersten Befragung ausgesprochen niedrige Interesse am Besuch politischer Veranstaltungen (Abnahme bei 7 Pbn bzw. 19.4%, keine Zunahmen) und am Besuch fortbildender Veranstaltungen (Abnahme bei 12 Pbn bzw. 33.3%, Zunahme bei 3 Pbn bzw. 8.3%). Hier ist eine signifikante Veränderung zwischen beiden Meßzeitpunkten im Sinne einer noch stärkeren Interessenabnahme zu verzeichnen. Tendentiell geringer schließlich ist das Interesse am Besuch von Geselligkeiten geworden (Abnahme bei 13 Pbn bzw. 36.1%, Zunahme bei 4 Pbn bzw. 11.1%).

Der Interessenschwund bei den beschriebenen Freizeitbeschäftigungen lässt sich im übrigen auch an der Abnahme des Mittelwertes für die Gesamtstichprobe vom ersten zum zweiten Befragungszeitpunkt ablesen. Bei der zweiten Exploration finden die genannten Aktivitäten nur noch ein durchschnittliches Interesse, das sich zwischen einer mittleren Ausprägung bis hin zu einer sehr geringen Ausprägung bewegt.

Im Gegensatz zu den bisherigen Freizeitbeschäftigungen gibt es im Bereich der Medien zwei deutliche Interessenzunahmen. Sowohl das Fernsehen (Abnahme bei 4 Pbn bzw. 11.1%, Zunahme bei 12 Pbn

Tab. 3o : Veränderungen der Freizeitinteressen (Wilcoxon-Test)

	n	n-	n+	n_o	z	Sign.	$\bar{x}_1$	$\bar{x}_2$
Besuch von Geselligkeiten	36	13	4	19	-1.941	o.o52T	3.14	2.67
Besuch fortbildender Veranst.	36	12	3	21	-1.959	o.o5os	2.31	1.69
Besuch politischer Veranst.	36	7	o	29	-2.366	o.o18s	1.72	1.33
Fernsehen	36	4	12	2o	-2.o68	o.o39s	4.oo	4.44
Radio hören	35	3	14	18	-2.438	o.o15s	3.83	4.39
basteln, handarbeiten, malen	36	9	o	27	-2.666	o.oo8ss	2.28	1.83
Beschäft. mit religiös.Inhal.	35	15	4	16	-2.575	o.oloss	2.69	1.97
Informationen über Stadtteil	36	17	7	12	-2.586	o.oloss	3.42	2.64

Erläuterungen:
n = Anzahl Probanden
n- = Anzahl Abnahme des Interesses
n+ = Anzahl Zunahme des Interesses
n_o = Anzahl gleichbleibender Fälle (ties)
$\bar{x}_1$ bzw. $\bar{x}_2$ = arithmetischer Mittelwert 1. bzw. 2. Befragung

Skala Interesse:
1 = sehr gering, 2 = eher gering, 3 = mittelmäßig,
4 = eher stark, 5 = sehr stark

bzw. 33.3%) als auch das Radiohören (Abnahme bei 3 Pbn bzw. 8.6%, Zunahme bei 14 Pbn bzw. 4o.o% - die Prozentzahlen beziehen sich auf 35 antwortende Probanden) finden beim zweiten Zeitpunkt deutlich mehr Interesse als beim ersten. Die Unterschiede sind jeweils signifikant und können auch am Anstieg der arithmetischen Mittelwerte abgelesen werden. Durchschnittlich finden diese beiden Freizeitaktivitäten ein Interesse, das stark bis sehr stark zu nennen ist - sie erfahren damit zum Zeitpunkt der zweiten Exploration die stärkste Ausprägung. Damit finden diese konsumatorischen Beschäftigungen noch mehr Widerhall als in der ersten Befragung, während für die genannten außerhäuslichen Aktivitäten das Interesse noch weiter abgenommen hat.

Die konkret ausgeübten *Freizeitaktivitäten* haben sich im Zeitraum zwischen beiden Befragungen nach Aussagen der Probanden nur wenig verändert - die wenigen bedeutsamen Ergebnisse sind der Tabelle 31 zu entnehmen.

Zum einen haben religiös motivierte Aktivitäten, die schon bei der ersten Befragung nicht besonders häufig stattfanden, nachgelassen. So wie schon das Interesse an einer Auseinandersetzung mit religiösen Inhalten zur zweiten Exploration hin abgenommen hat, ist auch die konkrete Beschäftigung mit diesem Bereich geringer geworden (Abnahme bei 16 Pbn bzw. 45.7%, Zunahme bei 2 Pbn bzw. 5.7% - die Prozentzahlen beziehen sich auf 35 antwortende Probanden). Die beiden Meßzeitpunkte unterscheiden sich in sehr signifikantem Ausmaß. Auch ein Kirchenbesuch wird zum Zeitpunkt der zweiten Befragung nach Meinung der Senioren nicht mehr so häufig unternommen wie bei der ersten angegeben (Abnahme bei 12 Pbn bzw. 34.3%, Zunahme bei 2 Pbn bzw. 5.7% - die

Prozentzahlen beziehen sich auf 35 antwortende Probanden). Der Unterschied ist signifikant.

Mit dem Bücherlesen schließlich hat eine weitere Tätigkeit, der ebenfalls schon bei der ersten Befragung nicht besonders häufig nachgegangen wurde, zum zweiten Meßzeitpunkt hin abgenommen (Abnahme bei 12 Pbn bzw. 33.3%, Zunahme bei 4 Pbn bzw. 11.1%). Beide Befragungen unterscheiden sich tendentiell bedeutsam. Die geringere Ausübung dieser drei Tätigkeiten mit zunehmender Zeit wird im übrigen durch die Abnahme der entsprechenden arithmetischen Mittelwerte bestätigt. Bei der zweiten Befragung liegen diese alle im Bereich einer seltenen Ausübung.

Deutlich abgenommen haben die Verrichtungen im Haushalt vom ersten zum zweiten Befragungszeitpunkt, die bei der ersten Exploration noch die häufigste Aktivität der Gesamtstichprobe darstellten (Abnahme bei 2o Pbn bzw. 55.6%, Zunahme bei 2 Pbn bzw. 5.6%). Die beiden Meßzeitpunkte unterscheiden sich sehr signifikant. Auch der durchschnittliche Wert für die gesamte Stichprobe ist dementsprechend gesunken und liegt bei der zweiten Befragung nun unter derjenigen für die Beschäftigung mit Medien, d.h. Fernsehen, Radio und Tageszeitungen bzw. Illustrierte. Dies ergänzt im übrigen die abnehmende Kompetenz der Stichprobe bei einer Reihe von häuslichen Alltagsverrichtungen (vgl. 4.6.1.4.). Möglicherweise können sich die Befragten wegen einer abnehmenden körperlichen Beweglichkeit nicht mehr ganz so aktiv im Haushalt beschäftigen wie anläßlich der ersten Exploration.

Eine einzige Freizeitbeschäftigung wird im Gegensatz zu den bisherigen beim zweiten Meßzeitpunkt stärker als beim ersten ausgeübt. Der Besuch von Geselligkeiten hat sich im Erleben der Befragten signifikant im Sinne einer Zunahme von entsprechenden Aktivitäten zwischen beiden Befragungen verändert (Abnahme bei 2 Pbn bzw. 5.6%, Zunahme bei 1o Pbn bzw. 27.8%). Auch der arithmetische Mittelwert ist entsprechend gestiegen, bewegt sich aber auch bei der zweiten Exploration nur im Bereich einer seltenen Ausübung. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zur festgestellten tendentiellen Abnahme von Interesse am Besuch von Geselligkeiten - dieser Widerspruch ist aufgrund der vorliegenden Daten nicht zu klären.

Tab. 31 : Veränderungen der Freizeitaktivitäten (Wilcoxon-Test)

	n	n-	n+	n_o	z	Sign.	$\bar{x}_1$	$\bar{x}_2$
Verrichtungen im Haushalt	36	2o	2	14	-3.1oo	o.oo2ss	4.33	3.5o
Besuch von Geselligkeiten	36	2	1o	24	-2.275	o.o23s	1.64	1.94
Bücher lesen	36	12	4	2o	-1.784	o.o74T	2.19	1.89
Kirchenbesuch	35	12	2	21	-2.542	o.o11s	2.23	1.81
Beschäft. mit religiös.Inhal.	35	16	2	17	-3.332	o.oo1ss	2.57	1.67

Erläuterungen:
n = Anzahl Probanden
n- = Anzahl Abnahme der Aktivität
n+ = Anzahl Zunahme der Aktivität
n_o = Anzahl gleichbleibender Fälle (ties)

$\bar{x}_1$ bzw. $\bar{x}_2$ = arithmetischer Mittelwert 1. bzw. 2. Befragung

Skala Ausübung der Aktivität:
1 = nie, 2 = selten, 3 = gelegentlich, 4 = öfter,
5 = sehr oft

Zusammenfassend ist damit im Freizeitbereich bis auf die Ausnahme des Medienkonsums zwischen der ersten und der zweiten Befragung eine Abnahme von Interesse und Aktivität hinsichtlich einiger Freizeitbeschäftigungen zu vermerken. Dies sind entweder Freizeitaktivitäten, die schon beim ersten Befragungszeitpunkt unwichtig waren, (z.B. der Besuch verschiedener Veranstaltungen), oder Aktivitäten religiösen Charakters. Weiterhin hat auch die Beschäftigung im Haushalt abgenommen - eine Parallele zur abnehmenden Alltagskompetenz während des untersuchten Zeitraumes darf vermutet werden. Es scheint so, daß die ohnehin schon recht schwach ausgeprägten Freizeitinteressen (vgl. 4.3.1.) über die Zeit entweder konstant blieben oder aber noch weiter abgebaut wurden.

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen steht ein zunehmendes Interesse an den Medien, das sich allerdings nicht in einer bedeutsamen Steigerung des tatsächlich stattfindenden Fernseh- bzw. Radiokonsums niederschlägt. 'Passivere' Freizeitaktivitäten scheinen damit von der ersten zur zweiten Befragung für die zum Teil gesundheitlich recht belasteten Probanden an Gewicht zuzunehmen, während solche, die Beweglichkeit erfordern, weiter in den Hintergrund gedrängt werden. Hier sind Übereinstimmungen mit der festgestellten Entwicklung von Kompetenzaspekten (vgl. 4.6.1.4. bzw. 4.6.2.3.) zu finden.

4.4. 'HAUS IM PARK' UND AUSSENDIENST

In Zusammenhang mit der Betreuung durch den Außendienst des 'HAUS IM PARK' interessieren vor allem die Gründe für die Inanspruchnahme einer solchen Hilfe, die Häufigkeit und Intensität der Betreuung und die Beziehung der Senioren zu ihren Betreuerinnen. Weiterhin erscheint auch die Nutzung weiterer Angebote des Senioren-Centrums neben dem Außendienst von Bedeutung. Die genannten Daten werden zusätzlich auf Zusammenhänge zu ausgewählten Lebensmerkmalen mit einem Chi-Quadrat-Test überprüft (vgl. 4.1.).

4.4.1. AUSSAGEN ZUM AUSSENDIENST UND IHRE KORRELATE

Die *Gründe für die Inanspruchnahme einer Betreuung* durch den Außendienst, die die Befragten auf eine offene Frage hin nannten, können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Tab. 32 : Gründe für die Inanspruchnahme einer Betreuung (Gesamtstichprobe)

Gründe	Gesamtstichprobe f	Gesamtstichprobe %
keine Angabe	4	11.1
ständige eigene Krankheit/Behinderung bzw. Krankheit/Behinderung des Lebensgefährten	21	58.3
Nachlassen der Kräfte	7	19.4
eigener Krankenhausaufenthalt bzw. Krankenhausaufenthalt des Lebensgefährten	2	5.6
Tod des Ehepartners	1	2.8
Wegfall anderweitiger Hilfen (bezahlt oder unbezahlt)	1	2.8
Summe	36	100.0

Es ist zunächst anzumerken, daß nur in einem einzigen Fall der Außendienst des 'HAUS IM PARK' für den Ersatz einer vorher existierenden Hilfe herangezogen wurde. Auch der Tod des Ehepartners war nur für einen Probanden der unmittelbare Anlaß zur Anforderung der ambulanten Haushilfe.

Auch einen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt gaben nur 2 Probanden (5.6%) als Anlaß für die Inanspruchnahme des Außendienstes an. Hingegen spielte nach Aussagen der Befragten die nachlassende Fähigkeit zur Selbstversorgung eine entscheidende Rolle. Insbesondere eine ständige Krankheit bzw. Behinderung der eigenen Person oder des Lebensgefährten, d.h. in der vorliegenden Studie des Ehepartners oder der mit der Befragten zusammenlebenden Schwester, war von Bedeutung (58.3%/21 Pbn), in geringerem Ausmaß auch das empfundene Nachlassen der Kräfte (19.4%/7 Pbn) - insgesamt also längerwährende Einbußen im gesundheitlichen Bereich.

Der verständliche Zusammenhang zwischen den Gründen für die Inanspruchnahme des Außendienstes und dem Gesundheitszustand wird im übrigen auch durch den tendentiellen Bezug des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens der Befragten zu diesen Gründen (Betreuerinnenurteil) bestätigt. Kurz zusammengefaßt führen danach Probanden mit besserem Befinden häufiger ein allgemeines Nachlassen der Kräfte, diejenigen mit schlechter beurteiltem Gesundheitszustand hingegen tendentiell häufiger eine Krankheit oder Behinderung der eigenen Person bzw. ihres Partners als Anlaß für die Kontaktaufnahme zum Außendienst an. Eine genauere Beschreibung dieses Zusammenhangs findet sich in 4.6.2.2.1.

Auf eine offene Frage nach der Art der Kontaktaufnahme zum Außendienst des 'HAUS IM PARK' äußerten sich die Befragten wie folgt, wobei die verschiedenen Antworten in übergeordneten Kategorien zusammengefaßt wurden:

75.o% (27 Pbn) der Stichprobe können sich noch an den Anstoß für die Wahl des Außendienstes als ambulante Unterstützung erinnern. 17 Probanden (47.2% der Gesamtstichprobe) haben aus eigenem Antrieb die Verbindung zum Senioren-Centrum aufgenommen, unter ihnen 8, die hierzu durch Verwandte oder Bekannte angeregt worden waren, und 4 aufgrund früherer Besuche des 'HAUS IM PARK' (22.2% bzw. 11.1% der Gesamtstichprobe). 27.8% (1o Pbn) der befragten Probanden sind durch die Vermittlung anderer Personen, hierunter vor allem die Gemeindeschwestern, Angestellte bei Behörden oder in Krankenhäusern, mit dem Außendienst bekannt geworden.

Diese Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle 33 festgehalten. Es finden sich im übrigen keine bedeutsamen Zusammenhänge der Art der Kontaktaufnahme zum Außendienst zu den überprüften Merkmalen.

Tab. 33 : Art der Kontaktaufnahme zum Außendienst (Gesamtstichprobe)

Art der Kontaktaufnahme	Gesamtstichprobe f	Gesamtstichprobe %
keine Angabe	9	25.o
Vermittlung durch andere:	10	27.8
durch Gemeindeschwester, Behörden, Krankenhäuser	7	19.4
durch Verwandte	2	5.6
durch Angestellte des 'HAUS IM PARK'	1	2.8
Eigeninitiative:	17	47.2
aufgrund von Anregungen durch Verwandte/ Bekannte	8	22.2
aufgrund des Besuchs des 'HAUS IM PARK'	4	11.1
aufgrund früherer Firmenzugehörigkeit zu HAUNI	3	8.3
aufgrund von Anregungen durch Medien	2	5.6
Summe	36	1oo.o

Die *Dauer der Betreuung* durch den Außendienst bei den 36 Befragten betrug zum Zeitpunkt der ersten Exploration durchschnittlich 21.6 Monate. Die Verteilung der Betreuungsdauer wird in Tabelle 34 in Kategorien zu je 6 Monaten dargestellt:

Tab. 34 : Dauer der Betreuung durch den Außendienst (Gesamtstichprobe)

Dauer der Betreuung	Gesamtstichprobe f	%
- 6 Monate	6	16.7
7 - 12 Monate	5	13.9
13 - 18 Monate	4	11.1
19 - 24 Monate	4	11.1
25 - 3o Monate	8	22.2
31 - 36 Monate	4	11.1
37 - 42 Monate	5	13.9
Summe	36	loo.o
$\bar{x}$	21.6	

Danach erhalten u.a. 3o.6% (11 Pbn) der Stichprobe erst bis zu einem Jahr, hingegen 13.9% (5 Pbn) seit über drei Jahren Hilfestellung durch den Außendienst des Senioren-Centrums.

Zur *Häufigkeit der Betreuung* läßt sich aussagen, daß 5o.o% (18 Pbn), und damit die größte Untergruppe der Befragten, einmal wöchentlich betreut wird. Die nächstgrößte Gruppe bilden mit 3o.6% (11 Pbn) diejenigen Probanden, die vierzehntägig von einer Mitarbeiterin des Außendienstes Hilfe erhalten. Häufiger als wöchentlich werden nur 11.2% (4 Pbn), seltener als vierzehntägig nur 8.3% (3 Pbn) der Stichprobe ambulant unterstützt.

Hierbei ist die Betreuungshäufigkeit vom Alter und Familienstand der Befragten signifikant abhängig. Wie aus der Tabelle 35 zu ersehen ist, werden 55.o% (11 Pbn) der jüngeren Befragten bis zu 77 Jahren und 77.8% (7 Pbn) der verheirateten Probanden vierzehntägig oder seltener betreut; hingegen trifft dies nur auf 18.8% (3 Pbn) der älteren und 25.9% (7 Pbn) der alleinstehenden Betreuten zu. Damit werden Probanden hohen Alters bzw. ohne Ehepartner in kürzeren Abständen als die übrigen Senioren vom Außendienst ambulant versorgt.

Die *Dauer des einzelnen Einsatzes* bei den Betreuten beträgt im übrigen durchschnittlich bis zu einschließlich zwei Stunden. Diese Aussage trifft auf 58.3% (21 Pbn) der Stichprobe zu. Weitere 38.9% (14 Pbn) werden jeweils für zwei bis drei Stunden versorgt, und nur zu einem einzigen Befragten kommt die Betreuerin für drei bis vier Stunden (vgl. 1.4.5.2.).

Eine letzte Aussage zum Außendienst betrifft die *Zufriedenheit mit der Betreuerin*. Hierzu wurden von 35 Befragten auf einer vierstufigen Intervallskala Angaben gemacht, während ein Proband sich aufgrund seiner Desorientierung nicht an die für ihn zuständige Mitarbeiterin erinnern konnte.

Wie aus der Tabelle 36 zu entnehmen ist, sind nur 3 der 35 antwortenden Probanden (8.6%) mit der Betreuerin bzw. ihrer Arbeit sehr oder recht unzufrieden. Hingegen ist die große Mehrheit (27 Pbn/77.1%) sehr zufrieden. Entsprechend liegt der arithmetische Mittelwert für die gesamte Stichprobe zwischen recht zufrieden bis sehr zufrieden.

Tab. 35 : Häufigkeit der Betreuung durch den Außendienst (Gesamtstichprobe) und Zusammenhang zum Alter und Familienstand (Chi-Quadrat-Test)

Häufigkeit Betreuung		Gesamt-stichpr. f	%	Alter Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%	Familienstand Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
täglich	1	2	5.6	2	1o.o	o	o.o	1	3.7	1	11.1
mehrmals wöchentlich	2	2	5.6	o	o.o	2	12.5	2	7.4	o	o.o
einmal wöchentlich	3	18	5o.o	7	35.o	11	68.8	17	63.o	1	11.1
14-tägig	4	11	3o.6	8	4o.o	3	18.8	6	22.2	5	55.6
weniger als 14-tägig	5	3	8.3	3	15.o	o	o.o	1	3.7	2	22.2
Summe		36	1oo.1	2o	1oo.o	16	1oo.1	27	1oo.o	9	1oo.o
Median		3.28		3.63		3.o5		3.12		4.oo	
Chi-Quadrat				9.839				1o.195			
df				4				4			
Signifikanz				o.o44(s)				o.o38(s)			

Alter Gr. 1: bis einschließlich 77 Jahre
Gr. 2: ab einschließlich 78 Jahre

Familienstand Gr. 1: alleinstehend (verwitwet, ledig, geschieden)
Gr. 2: verheiratet

Diese Zufriedenheit drückt sich im übrigen auch in der Form aus, in der die Interviewerinnen den Kontakt der Betreuten zu den Außendienstmitarbeiterinnen bezeichnen. Bei 77.2% (27 Pbn) der 35 antwortenden Befragten wird die Beziehung für 'eher persönlich' gehalten, bei 22.9% (8 Pbn) hingegen für 'eher distanziert'. Hierunter ist im übrigen auch ein Mann, der aber mit der Betreuung sehr zufrieden ist.

Tab. 36 : Zufriedenheit mit der Außendienstbetreuerin (Gesamtstichprobe)

Zufriedenheit mit der Betreuerin		Gesamtstichprobe f	Gesamtstichprobe %
sehr unzufrieden	1	1	2.9
recht unzufrieden	2	2	5.7
recht zufrieden	3	5	14.3
sehr zufrieden	4	27	77.1
Summe		35	100.0
$\bar{x}$		3.66	

4.4.2. AUSSAGEN ZU DEN ÜBRIGEN ANGEBOTEN DES 'HAUS IM PARK' UND IHRE KORRELATE

Die *Häufigkeit des Besuchs* im Senioren-Centrum kann bei der befragten Stichprobe durchschnittlich als ganz unregelmäßig bezeichnet werden, wie aus Tabelle 37 zu entnehmen ist. Immerhin ein Viertel der Betreuten (25.o%/9 Pbn) kommt gar nicht ins 'HAUS IM PARK', weitere 38.9% (14 Pbn) ganz unregelmäßig und dies zumeist nur, um an der jährlichen Neujahrs-Feier des Außendienstes teilzunehmen. Lediglich 36.1% (13 Pbn) der Stichprobe besuchen das Senioren-Centrum ein- bis zweimal monatlich oder häufiger. Hierunter ist unter anderem eine kleine Minderheit von 7 Probanden (19.4% der Gesamtstichprobe), die mit vier oder fünf Besuchen des Hauses pro Woche Dauergäste dort sind und die Einrichtung in ihren Alltag integriert haben. Damit wird das 'HAUS IM PARK' insgesamt recht wenig von den Betreuten des Außendienstes genutzt. Dies mag u.a. an dem schlechten Gesundheitszustand liegen.

Tab. 37 : Besuchshäufigkeit im Senioren-Centrum (Gesamtstichprobe)

Besuchshäufigkeit		Gesamtstichprobe f	Gesamtstichprobe %
nie	o	9	25.o
ganz unregelmäßig	1	14	38.9
weniger a.1-2x i.Mon.	2	o	o.o
1-2x im Monat	3	1	2.8
1x pro Woche	4	1	2.8
2x pro Woche	5	4	11.1
3x pro Woche	6	o	o.o
4x pro Woche	7	2	5.6
5x pro Woche	8	5	13.9
Summe		36	1oo.1
Median		1.14	

Bei Betrachtung der *Beteiligung an den Angeboten des Centrums* zeigt sich, daß nur wenige der Hobbykurse dort (vgl. 2.2.5.) besucht werden. 6 Probanden (16.7%) gehen mehr oder minder regelmäßig zum literarischen Nachmittag, 3 (8.3%) nehmen an der Wandergruppe teil, und 2 (5.6%) gehen regelmäßig zum Chorsingen. Weiterhin nimmt jeweils ein Befragter regelmäßig am Schneidern, an der rhythmischen Gymnastik, am Yoga-Kurs und an der Laienmalerei teil. Auch das von den Besuchern des Senioren-Centrums selbst organisierte Kartenspielen nutzen nur drei (8.3%) der vom Außendienst betreuten Personen. Am häufigsten gehen die Befragten noch in das Tagescafé des 'HAUS IM PARK'. Mit 15 Probanden kommen immerhin 41.7% der Gesamtstichprobe mehr oder weniger regelmäßig hierher.

Bei all diesen Angaben, die in Tabelle 38 aufgeführt sind, darf nicht vergessen werden, daß oftmals dieselben Befragten verschiedene Angebote des Centrums nutzen. Damit ist der Kreis von Betreuten, die sich aktiv im 'HAUS IM PARK' beteiligen, relativ klein. Die Hobbykurse spielen nur eine geringe Rolle, und die Befragten gehen meistens - wenn überhaupt - zum Kaffeetrinken in die Einrichtung.

Eine abschließende offene Frage nach *Problemen und Wünschen* hinsichtlich des Senioren-Centrums ergab eine recht große Anzahl von Antworten. Diese können folgendermaßen klassifiziert werden:

1o Probanden (27.8%) sind der Auffassung, daß das 'HAUS IM PARK' schwer zu erreichen ist. Aus diesem Grunde ist mittlerweile ein Fahrdienst eingerichtet worden. Weitere 6 Befragte (16.7%) sehen Probleme in den Anfangszeiten der Veranstaltungen. Nur sehr wenige Betreute schließlich erwähnen Schwierigkeiten mit anderen Besuchern (8.3%/3 Pbn), Ausstattungsmängel (5.6%/2 Pbn) oder finanzielle Probleme bei einem Besuch im Senioren-Centrum (5.6%/2 Pbn).

Tab. 38 : Beteiligung an Angeboten des Senioren-Centrums (Gesamtstichprobe)

Art des Angebots	nein		Beteiligung ja, unregelmäßig		ja, regelmäßig	
	f	%	f	%	f	%
Spinnen, Weben, Stricken	36	1oo.o	o	o.o	o	o.o
Hobby-Schneidern	35	97.2	o	o.o	1	2.8
rhythmische Gymnastik	35	97.2	o	o.o	1	2.8
Yoga	35	97.2	o	o.o	1	2.8
Werken, Töpfern	36	1oo.o	o	o.o	o	o.o
Laienmalerei	35	97.2	o	o.o	1	2.8
Literarischer Nachmittag	3o	83.3	2	5.6	4	11.1
Chorsingen	34	94.4	o	o.o	2	5.6
Wandergruppe	33	91.7	2	5.6	1	2.8
Tagescafé	21	58.3	1o	27.8	5	13.9
Kartenspielen	33	91.7	1	2.8	2	5.6

(Der Tabelle liegen die Aussagen von 36 Pbn zugrunde. Es waren Mehrfachantworten möglich.)

Insgesamt kann für die Nutzung des 'HAUS IM PARK' und seinen Außendienst festgehalten werden, daß in erster Linie eine Krankheit oder Behinderung, mit denen auch ein subjektiv schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden einherging, den Grund für eine Inanspruchnahme des Außendienstes bildeten. Die Kontaktaufnahme ergab sich dabei eher durch Eigeninitiative als durch Vermittlung anderer. Nach Aufnahme der Betreuung liegt deren durchschnittliche Dauer bei 21.6 Monaten, wobei die Stichprobe durchschnittlich einmal wöchentlich Unterstützung erhält. Es besteht eine signifikante Beziehung zwi-

schen Betreuungshäufigkeit und Alter bzw. Familienstand, Ältere und alleinstehende Personen werden häufiger betreut. Die Zufriedenheit mit der Betreuung ist hoch. Die weiteren Angebote des 'HAUS IM PARK' werden nur in geringem Maße wahrgenommen, wobei, wenn dies der Fall ist, Mehrfachnennungen sichtbar werden, die offenbar die Gesünderen abgeben. Am häufigsten wird noch das Café besucht.

4.4.3. VERÄNDERUNGEN HINSICHTLICH DES 'HAUS IM PARK' UND SEINES AUSSENDIENSTES

Die verschiedenen objektiven und subjektiven Daten zum Senioren-Centrum und seinem Außendienst weisen bei Überprüfung durch den WILCOXON-Test (vgl. 4.1.) keine bedeutsamen Unterschiede zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt auf. Weder hat sich die Betreuungsintensität bei den 3o Senioren verändert, die zu beiden Zeitpunkten vom Außendienst versorgt wurden (vgl. 2.4.4.), noch unterscheidet sich die Nutzung der übrigen Angebote des 'HAUS IM PARK' durch die insgesamt 36 erfaßten Probanden. Auch die Probleme und Wünsche hinsichtlich der Einrichtung unterlagen keiner bedeutsamen Veränderung.

4.5. DIE PERSÖNLICHKEIT DER BETREUTEN AUS DER SICHT IHRER BETREUERINNEN (PERSÖNLICHKEITSPROFIL)

Um einige Daten zur Persönlichkeit der vom Außendienst betreuten Personen erheben zu können, wurden ihre jeweiligen Betreuerinnen um entsprechende Aussagen hierzu gebeten. Diese Fremdbeurteilung gibt Aufschluß darüber, welchen Eindruck die Betreuten ihrer Umwelt vermitteln, d.h. wie sie sich für andere sichtbar verhalten, und stellt damit eine wichtige Ergänzung der von ihnen selbst getroffenen Eigenbeurteilung dar. In den Aussagen der Außendienstmitarbeiterinnen schlagen sich vermutlich die Beziehung zwischen Betreuerin und Betreutem schlechthin sowie die von den Mitarbeiterinnen beobachtete Beziehung der Betreuten zu ihren Verwandten oder anderen Personen nieder.

Für die Fremdbeurteilung der Betreuten hinsichtlich deren Persönlichkeit dient ein fünfstufiges Polaritätsprofil, bei dem jeweils die beiden Endpole näher beschrieben sind. Insgesamt enthält das Profil 23 ausgewählte Gegensatzpaare zur höheren Charakterisierung der Senioren. Im folgenden werden die Ergebnisse dieses Persönlichkeitsprofils und Zusammenhänge zu verschiedenen Stichprobenmerkmalen (vgl. 4.1.) dargestellt.

4.5.1. ERGEBNISSE DES PERSÖNLICHKEITSPROFILS

Die insgesamt 21 Betreuerinnen gaben über das Persönlichkeitsprofil eine Beschreibung der 36 Betreuten ab. Tabelle 39 stellt einen Überblick über die arithmetischen Mittelwerte dieser Bewertungen zum Zeitpunkt der ersten Befragung dar. Bei der folgenden Beschreibung der Ergebnisse werden jeweils die Stufen 1 und 2 bzw. 4 und 5 als Bejahung des dazugehörigen Merkmals oder Eigenschaftspols zusammengefaßt.

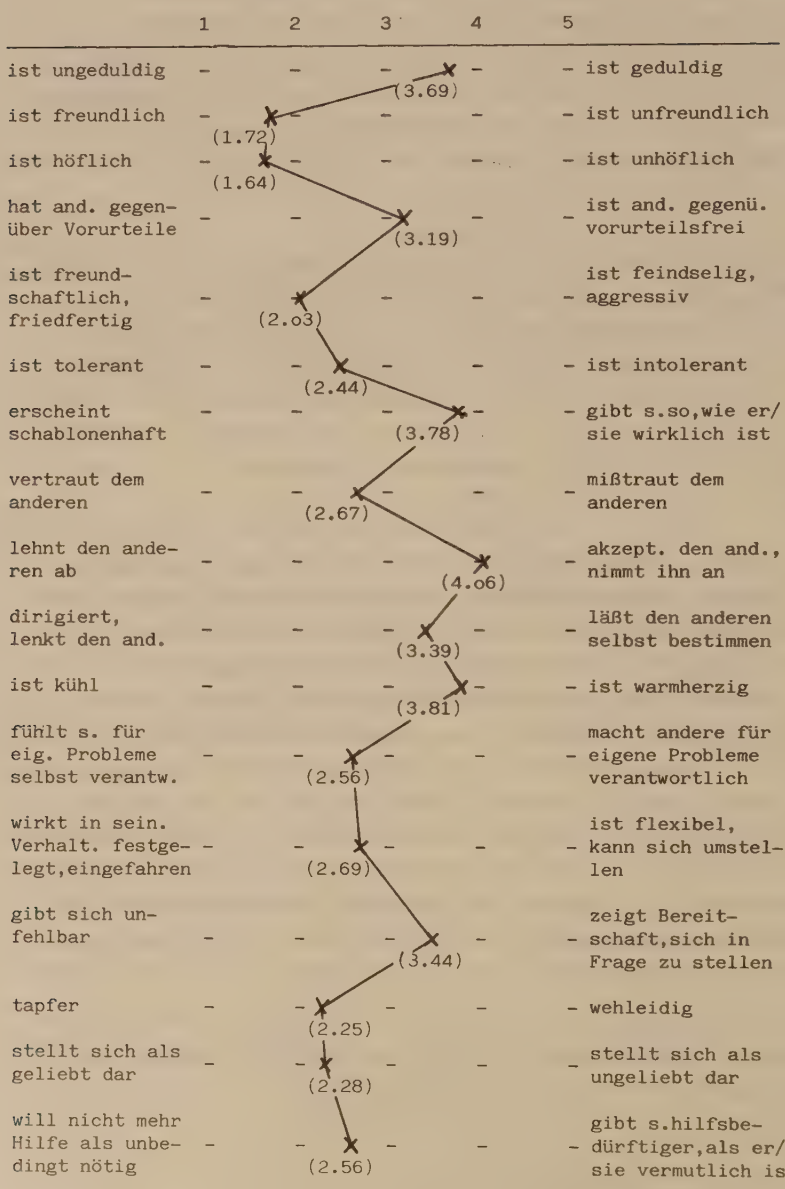
Insgesamt zeichnen die befragten Außendienstmitarbeiterinnen ein recht positives Bild von der Persönlichkeit ihrer Betreuten. Diese werden insbesondere als höflich (34 Pbn/94.4%), freundlich (31 Pbn/86.1%) und friedfertig (29 Pbn/8o.6%) dargestellt. Hingegen wird z.B. nur eine Minderheit von 7 Probanden (19.4%) als aggressiv und feindselig empfunden. Weiterhin sind nach Meinung der Betreuerinnen 26 Betreute (72.2%) warmherzig, 9 (25.o%) dagegen kühl.

Die Beziehung der Betreuten zu anderen Menschen wird sehr unterschiedlich charakterisiert: Zum einen scheinen sehr viele Betreute (29 Pbn/8o.6%) bereit zu sein, andere Menschen zu akzeptieren, und eine etwas geringere Zahl (24 Pbn/66.7%) wird als tolerant beschrieben. Immerhin aber ein Drittel der Betreuten (12 Pbn/33.3%) erscheint den Mitarbeiterinnen als mehr oder weniger intolerant. Von 24 Senioren (66.7%) wird behauptet, sie seien bereit, sich in Frage zu stellen, und bei 22 (61.1%) trifft die Fähigkeit zu, den anderen selbst bestimmen zu lassen. Von 12 Betreuten (33.3%) jedoch heißt es, sie dirigierten andere Menschen. Hier mögen sich besonders die Erfahrungen der Außendienstmitarbeiterinnen bei ihrer Arbeit mit diesen älteren Menschen niederschlagen.

Drei Viertel der Stichprobe (27 Pbn/75.o%) geben sich nach der Meinung der Betreuerinnen so, wie sie wirklich sind, während 8 Senioren (22.2%) als schablonenhaft gelten.

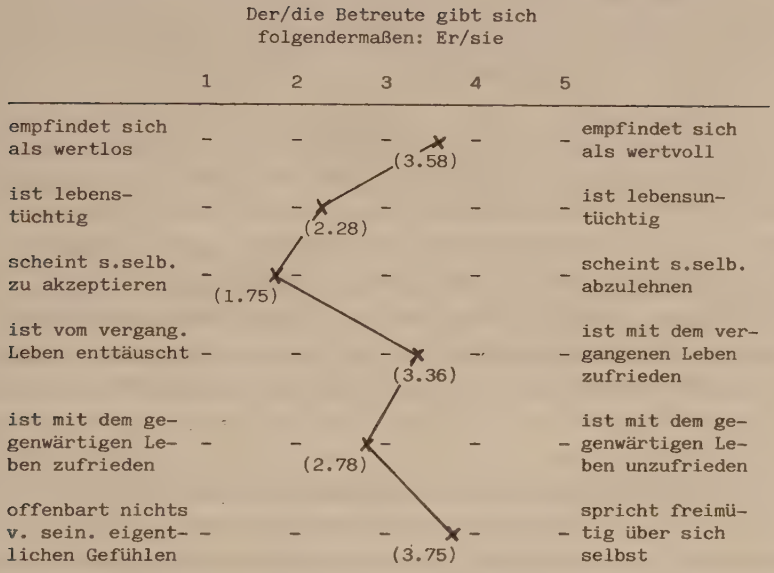
Tab. 39: Persönlichkeitsprofil (Fremdbeurteilung)

Der/die Betreute gibt sich folgendermaßen: Er/sie



(weiter S.221)

Forts. Tab. 39



Ähnlich können nach Meinung der Außendienstmitarbeiterinnen 25 Betreute (69.4%) freimütig über sich selbst sprechen; im Gegensatz zu ihnen wird von 9 Probanden (25.0%) ausgesagt, sie würden nichts von den eigenen Gefühlen offenbaren.

Der Umgang der Betreuten mit Problemen wird von den Betreuerinnen folgendermaßen beschrieben: 26 Probanden (72.2%) sind danach tapfer, 25 (69.4%) geduldig. Nicht mehr Hilfe als unbedingt nötig verlangen ebenfalls 25 Betreute (69.4%), und 23 (63.9%) fühlen sich für ihre Probleme selbst verantwortlich. Hingegen meinen die Außendienstmitarbeiterinnen, daß jeweils

9 (25.o%) bis 12 Befragte (33.3%) wehleidig oder ungeduldig sind, sich hilfsbedürftiger als nötig geben oder andere für eigene Probleme verantwortlich machen. So nimmt es nicht wunder, wenn insgesamt 26 Senioren (72.2%) als lebenstüchtig, hingegen 9 (25.o%) als lebensuntüchtig bezeichnet werden.

Auch das Selbstbild, das die Außendienstmitarbeiterinnen bei ihren Betreuten vermuten, ist zum großen Teil positiv. Von den meisten (33 Pbn/91.7%) nehmen sie an, daß sie sich selbst akzeptieren, und 25 Probanden (69.4%) scheinen sich als geliebt, 23 (63.9%) als wertvoll zu empfinden. Immerhin sind es aber auch 1o Befragte (27.8%), von denen die entsprechenden Mitarbeiterinnen vermuten, sie hielten sich für wertlos. Dies deutet psychische Belastungen bei einigen der betreuten Personen an.

Weitere Probleme zeigen auch die Aussagen, daß zwar jeweils 22 Probanden (61.1%) mit dem vergangenen bzw. gegenwärtigen Leben zufrieden sind, aber mit 13 (36.1%) bzw. 14 Betreuten (38.9%) auch über ein Drittel der Stichprobe hiermit unzufrieden zu sein scheint. Weiterhin wird bei immerhin 14 (38.9%) bzw. 17 Betreuten (47.2%) vermutet, sie seien dem anderen Menschen gegenüber mißtrauisch bzw. voller Vorurteile. Auch wenn immer noch bei der Mehrheit der Probanden angenommen wird, sie vertrauten anderen Menschen (21 Pbn/58.3%) und seien diesen gegenüber vorurteilsfrei (19 Pbn/52.8%), so deuten sich doch bei einem recht großen Kreis der Betreuten Verhaltensschwierigkeiten an. Ganz besonders gilt dies schließlich für die Fähigkeit, sich umzustellen und flexibel zu sein. Diese wird mit 41.7% (15 Pbn) noch nicht einmal bei jedem zweiten Betreuten vermutet, während 19 von ihnen (52.8%) als festgefahren bezeichnet werden. Es wäre möglich, daß sich bei den zuletzt beschriebenen Aussagen der Außendienstmitarbeiterinnen neben konkreten schlechten Erfahrungen mit den Betreuten auch gewisse negative Alterssterotype niederschlagen.

Zusammenfassend können in den Ergebnissen zum Verhalten der untersuchten Stichprobe, jedenfalls soweit es durch die Betreuerinnen valide erfaßt wird, einige interessante Gesichtspunkte herausgegriffen werden. Zunächst stimmt die recht positive Sicht der Betreuerinnen von ihren Betreuten gut mit der Zufriedenheit letzterer mit eben diesen Außendienstmitarbeiterinnen überein. Die Beziehung zwischen beiden scheint damit im Außendienst des 'HAUS IM PARK' recht gut oder sogar sehr gut zu sein - eine Tatsache, die immer wieder von vielen Senioren hervorgehoben wird.

Die Mehrzahl der Betreuten, d.h. etwa 6o-8o%, läßt jeweils bei den einzelnen beurteilten Verhaltensmerkmalen keine besonderen Probleme erkennen. Hingegen deutet sich an, daß eine Minderheit von etwa 2o-4o% insbesondere durch Unzufriedenheit mit der Lebenssituation belastet ist oder durch ihr Verhalten Probleme mit anderen Menschen haben dürfte, z.B. durch Vorurteile, Mißtrauen oder den Wunsch zu dirigieren. Die letzten Eigenschaften dürften mit den Schwierigkeiten einiger Probanden im zwischenmenschlichen Bereich, z.B. mit der erlebten Einsamkeit (vgl. 4.2.2.), zusammenhängen und diese zum Teil mitverursachen. Die genannten psychischen Probleme, vor allem die Unzufriedenheit mit dem Leben, sind im übrigen aufgrund der schwierigen Lebenslage mancher Betreuter durchaus verständlich, kommen doch hier oftmals starke gesundheitliche Beeinträchtigungen, eine ungünstige finanzielle Lage, der Verlust des Partners o.ä. zur Geltung.

4.5.2. KORRELATE DES PERSÖNLICHKEITSPROFILS

Zu den im Persönlichkeitsprofil festgehaltenen Verhaltensweisen ergeben sich bei einer Überprüfung mit einem Chi-Quadrat-Test (vgl. 4.1.) einige bedeutsame Beziehungen zu verschiedenen Stichprobenmerkmalen. Bei der folgenden Darstellung dieser Ergebnisse beziehen sich die angegebenen Prozentzahlen stets

auf die beiden zu einem Eigenschaftspol gehörenden Stufen, d.h. volle oder bedingte Zustimmung.

Zunächst ist die *Schichtzugehörigkeit* nach dem Urteil der Interviewer mit dem Persönlichkeitsprofil verbunden; sie weist drei signifikante Beziehungen hierzu auf. Insgesamt werden dabei die Befragten aus den unteren Schichten, d.h. Unterschicht bzw. untere Mittelschicht, etwas ungünstiger als diejenigen aus den gehobeneren Schichten beurteilt.

So gelten die sozio-ökonomisch schlechter gestellten Probanden in geringerem Ausmaß als tolerant (53.8%/7 Pbn) bzw. in stärkerem Grade als intolerant (46.2%/6 Pbn) als diejenigen aus den gehobeneren Schichten (72.7%/16 Pbn tolerant bzw. 27.3%/6 Pbn intolerant). Tabelle 4o gibt diese Zusammenhänge wieder.

Auch das Vertrauen anderen Menschen gegenüber wird bei den sozio-ökonomisch besser gestellten Betreuten als stärker erachtet. 72.7% (16 Pbn) von ihnen wird dieses Vertrauen zugesprochen, während nach Meinung der Betreuerinnen Mißtrauen nur bei den restlichen 27.3% (6 Pbn) anzutreffen ist. Die Einschätzung für die Betreuten aus den unteren Schichten hingegen sehen ganz anders aus: Nur 3o.8% (4 Pbn) trauen danach dem anderen, während wesentlich mehr, nämlich 61.5% (8 Pbn), ihm mißtrauen. Auch dieser Zusammenhang ist Tabelle 4o zu entnehmen.

Ein weiteres sozio-ökonomisches Merkmal, der *Schulabschluß* , bestätigt die beiden beschriebenen Zusammenhänge des Persönlichkeitsprofils zur Schichtzugehörigkeit insofern, als auch hier die Betreuten mit qualitativ besserer Bildung (mittlere Reife, Abitur oder Studium) hinsichtlich zweier Persönlichkeitseigenschaften günstiger als diejenigen mit Volksschulbildung bzw. ohne Schulabschluß beurteilt werden.

Während die zweite Gruppe zu 23.8% (5 Pbn) von den Außendienstmitarbeiterinnen als andere Menschen ablehnend eingeschätzt wird, trifft dies auf keinen Betreuten der ersten Gruppe zu (vgl. Tab. 41). Der Unterschied ist signifikant.

Tab. 4o : Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsprofil und Schichtzugehörigkeit (Urteil des Interviewers) (Chi-Quadrat-Test)

	tolerant(1) vs. intolerant(5)				vertraut(1) vs. mißtraut(5) dem anderen			
	Schicht				Schicht			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	4	3o.8	9	4o.9	4	3o.8	6	27.3
2	3	23.1	7	31.8	o	o.o	1o	45.5
3	o	o.o	o	o.o	1	7.7	o	o.o
4	1	7.7	6	27.3	5	38.5	4	18.2
5	5	38.5	o	o.o	3	23.1	2	9.1
Summe	13	1oo.1	22	1oo.o	13	1oo.1	22	1oo.1
$\bar{x}$	3.oo		2.14		3.23		2.36	
Chi-Quadrat	1o.473				1o.o62			
df	3				4			
Signifikanz	o.o14(s)				o.o4o(s)			

Schicht Gr. 1: Unterschicht, untere Mittelschicht
Gr. 2: mittlere u. obere Mittelschicht

Ebenso gelten die Befragten mit schlechterem Schulabschluß häufiger als kühl (33.3%/7 Pbn) als die mit besserer Bildung (13.3%/2 Pbn). Allerdings ist auch die überwiegende Mehrheit der ersten Gruppe nach Meinung ihrer Betreuerinnen warmherzig (61.9%/13 Pbn), wenn auch nicht in dem Ausmaß wie Betreuten der zweiten (86.7%/13 Pbn). Auch dieser Zusammenhang ist signifikant (vgl. Tab.41).

Tab. 41 : Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsprofil und Schulbildung (Chi-Quadrat-Test)

	lehnt den anderen ab(1) vs. akzeptiert den anderen(5)				kühl(1) vs. warmherzig(5)			
	Schulbildung				Schulbildung			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	o	o.o	o	o.o	o	o.o	1	6.7
2	5	23.8	o	o.o	7	33.3	1	6.7
3	o	o.o	2	13.3	1	4.8	o	o.o
4	6	28.6	9	6o.o	4	19.o	9	6o.o
5	1o	47.6	4	26.7	9	42.9	4	26.7
Summe	21	1oo.o	15	1oo.o	21	1oo.o	15	1oo.1
$\bar{x}$	4.oo		4.13		3.71		3.93	
Chi-Quadrat	9.433				9.613			
df	3				4			
Signifikanz	o.o25(s)				o.o48(s)			

Schulbildung Gr. 1: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß
Gr. 2: mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium

Insgesamt scheinen damit schlechtere sozio-ökonomische Bedingungen, hier repräsentiert durch die Schulbildung und die Schichtzugehörigkeit nach Urteil der Interviewerinnen, mit einer etwas ungünstigeren Beurteilung der Befragten durch ihre Betreuerinnen einherzugehen, insbesondere hinsichtlich ihrer Beziehung zu anderen Menschen. Ob diese Vermutung der Wirklichkeit entspricht und die sozio-ökonomisch schlechter gestellten Probanden,z.B. aufgrund ihrer ungünstigeren Lebensbedingungen oder Sozialisation in mancherlei Hinsicht stärkere Probleme im Umgang mit anderen Menschen haben, oder ob sich

in der Aussage schichtspezifische Stereotype der Betreuerinnen widerspiegeln, kann hier nicht entschieden werden. Insgesamt darf bei diesen Aussagen jedoch keinesfalls außer acht gelassen werden, daß die Persönlichkeit der Betreuten, so wie sie die Außendienstmitarbeiterinnen darstellen, auch im Falle der sozioökonomisch schlechter gestellten Personen durchaus positiv erscheint.

Weitere bedeutsame Beziehungen des Persönlichkeitsprofils finden sich für den *Familienstand*. Danach glauben die Betreuerinnen, daß die verheirateten Betreuten eher den anderen Menschen selbst bestimmen lassen (77.8%/7 Pbn) als die alleinstehenden (55.6%/ 15 Pbn) bzw. den anderen weniger dirigieren (22.2%/2 Pbn vs. 37.o%/1o Pbn). Der Unterschied ist signifikant, wie in Tabelle 42 dargestellt ist.

Auch für eigene Probleme scheinen sich nach Meinung der Außendienstmitarbeiterinnen die Probanden mit Ehepartner eher verantwortlich zu fühlen (88.9%/8 Pbn) als die verwitweten, geschiedenen oder ledigen Betreuten (55.6%/15 Pbn). Entsprechend wird nur von einem verheirateten Probanden behauptet, er mache andere für seine Probleme verantwortlich, jedoch von immerhin 4o.7% (11 Pbn) der anderen ohne Ehepartner. Dieser signifikante Zusammenhang ist ebenfalls in Tabelle 42 dargestellt.

Die Ergebnisse zum Familienstand sagen indirekt auch etwas über die weiblichen Befragten aus, die unter den alleinstehenden tendentiell häufiger zu finden sind. Jedoch lassen sich die für den Familienstand erwähnten Unterschiede nicht für die *Geschlechtszugehörigkeit* nachweisen. Dafür zeigt sich ein sehr signifikanter Zusammenhang des Geschlechts zur Einstellung gegegenüber dem vergangenen Leben (vgl. Tab.43).

Tab. 42 : Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsprofil und Familienstand (Chi-Quadrat-Test)

	dirigiert den anderen(1) vs. läßt den anderen selbst bestimmen(5)				fühlt s. f. eigene Probleme verantw.(1) vs. macht andere verantwortlich(5)			
	Familienstand				Familienstand			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	4	14.8	1	11.1	1o	37.o	1	11.1
2	6	22.2	1	11.1	5	18.5	7	77.8
3	2	7.4	o	o.o	1	3.7	o	o.o
4	6	22.2	7	77.8	6	22.2	o	o.o
5	9	33.3	o	o.o	5	18.5	1	11.1
Summe	27	99.9	9	1oo.o	27	99.9	9	1oo.o
$\bar{x}$	3.37		3.44		2.67		2.22	
Chi-Quadrat	9.931				11.151			
df	4				4			
Signifikanz	o.o42(s)				o.o26(s)			

Familienstand Gr. 1: alleinstehend (verwitwet, ledig, geschieden)
Gr. 2: verheiratet

Danach sind die Frauen wesentlich häufiger von ihrem bisherigen Leben enttäuscht (45.8%/11 Pbn) als die Männer (25.o%/ 3 Pbn) und in geringerem Ausmaß hiermit zufrieden (54.2%/ 13 Pbn) als diese (75.o%/9 Pbn). Durch dieses Ergebnis erscheinen die weiblichen Befragten im Vergleich zu den männlichen Betreuten stärker belastet, soweit die Betreuerinnen dies beurteilen können.

Tab. 43 : Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsprofil und Geschlechtszugehörigkeit (Chi-Quadrat-Test)

		Geschlecht			
		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%
vom vergangenen Leben enttäuscht	1	o	o.o	5	2o.8
	2	3	25.o	6	25.o
	3	o	o.o	o	o.o
	4	9	75.o	3	12.5
mit vergangenem Leben zufrieden	5	o	o.o	1o	41.7
Summe		12	1oo.o	24	1oo.o
$\bar{x}$		3.5o		3.29	
Chi-Quadrat		16.875			
df		3			
Signifikanz		o.oo1(ss)			

Geschlecht Gr. 1: männlich
Gr. 2: weiblich

Als letztes Merkmal ist das *subjektive gesundheitliche Wohlbefinden* mit dem Persönlichkeitsprofil bedeutsam verbunden. Danach empfinden sich nach Meinung der Betreuerinnen die Befragten mit für die Stichprobe überdurchschnittlich gutem Wohlbefinden im Vergleich zu den übrigen häufiger als wertvoll. Der Unterschied ist tendentiell bzw. signifikant, je nachdem, ob das Wohlbefinden von den Interviewerinnen oder von den Betreuten selbst eingeschätzt wird. Weiterhin werden die Probanden, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als unterdurchschnittlich gut bezeichnen, tendentiell häufiger als wehleidig eingeschätzt und ihnen ein tendentiell stärkeres Bedürfnis, sich hilfsbedürftiger als nötig zu geben, zugeschrieben; d.h. implizit, daß die Mitarbeiterinnen manchem der sich selbst ge-

sundheitlich schlecht fühlenden Betreuten noch mehr Kompetenz zutrauen als dieser sich selbst.

Die genauen Ergebnisse sind in 4.6.2.2.1. beschrieben.

Insgesamt kann durch die geschilderten Zusammenhänge des Persönlichkeitsprofils mit verschiedenen anderen Merkmalen die Minderheit von Probanden, die stärkere Verhaltensprobleme aufweisen, näher bestimmt werden. Unter diesen Betreuten sind eher alleinstehende, sozio-ökonomisch schlecht gestellte und gesundheitlich belastetere Personen zu finden.

4.5.3. VERÄNDERUNGEN DES 'PERSÖNLICHKEITSPROFILS'

Von den 23 erfaßten Gegensatzpaaren, mit denen die Betreuerinnen die Persönlichkeit ihrer Betreuten beschreiben konnten, weisen nur 2 bedeutsame Veränderungen von der ersten zur zweiten Befragung auf, wenn der WILCOXON-Test (vgl. 4.1.) zur Überprüfung herangezogen wird. Hierbei beziehen sich die festgestellten Veränderungen nur auf diejenigen 3o Probanden, die doppelt beurteilt werden konnten.

Zum einen werden die Betreuten von den Außendienstmitarbeiterinnen bei der zweiten Befragung als weniger tapfer bzw. wehleidiger als bei der ersten beschrieben. 16 Senioren, d.h. 53.3% der 3o doppelt beurteilten Probanden, erhalten zum späteren Zeitpunkt eine stärker in Richtung 'wehleidig' weisende Bewertung und nur 4, d.h. 13.3%, werden als tapferer als bei der ersten Einschätzung beschrieben. Der Unterschied zwischen den Meßzeitpunkten ist signifikant, wie aus Tabelle 44 zu ersehen ist. Die Veränderung läßt sich auch an den arithmetischen

Mittelwerten ablesen. Gleichzeitig wird jedoch ebenso deutlich, daß die 3o Betreuten bei der zweiten Beurteilung noch immer eher als tapfer denn als wehleidig erlebt werden.

Als zweites Ergebnis findet sich eine tendentielle Veränderung zwischen beiden Befragungen hinsichtlich der Merkmalsdimension 'empfindet sich als wertlos vs. empfindet sich als wertvoll'. 13 Betreute, d.h. 43.3% der wiederholt beurteilten Stichprobe, erhalten bei der zweiten Befragung einen Wert, der im Vergleich zur ersten stärker in die Richtung eines geringeren Selbstbildes weist, während nur bei 3 von ihnen, d.h. 1o.o%, eine Verbesserung des Selbstbildes vermutet wird. Die Veränderung ist wiederum auch an den Mittelwerten zu erkennen (vgl. Tabelle 44). Es wird jedoch erkennbar, daß die betreffenden Betreuten sich nach Meinung ihrer Betreuerinnen im Durchschnitt immer noch eher als wertvoll denn als wertlos erleben.

Weitere Veränderungen im Persönlichkeitsprofil sind nicht zu verzeichnen. Damit wird das Verhalten der 3o zweimal beurteilten Senioren von ihren Betreuerinnen über den Zeitraum der Untersuchung hinweg als insgesamt recht konstant gesehen.

Tab. 44 : Veränderung hinsichtlich des 'Persönlichkeits-Profils' (Urteil der Betreuerinnen) (WILCOXON-Test)

	empfindet sich als wertlos(1) vs. wertvoll(5)				tapfer(1) vs. wehleidig(5)			
	Befragungszeitpunkt				Befragungszeitpunkt			
	erster		zweiter		erster		zweiter	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	1	3.3	2	6.7	12	4o.o	4	13.3
2	6	2o.o	5	16.7	11	36.7	14	46.7
3	3	1o.o	8	26.7	1	3.3	3	1o.o
4	11	36.7	14	46.7	2	6.7	5	16.7
5	9	3o.o	1	3.3	4	13.3	4	13.3
Summe	3o	1oo.o	3o	1oo.1	3o	1oo.o	3o	1oo.o
$\bar{x}$	3.7o		3.23		2.17		2.7o	

'empfindet sich als wertlos vs. wertvoll':
Anzahl Veränderungen in Richtung 'wertvoll': 3 Pbn
Anzahl Veränderungen in Richtung 'wertlos' : 13 Pbn
Anzahl gleichbleibender Fälle : 14 Pbn

z = -1.887, Signifikanz = o.o59 T

'tapfer vs. wehleidig':
Anzahl Veränderungen in Richtung 'tapfer' : 4 Pbn
Anzahl Veränderungen in Richtung 'wehleidig': 16 Pbn
Anzahl gleichbleibender Fälle : 1o Pbn

z = -2.315, Signifikanz = o.o21 s

4.6. ASPEKTE DER KOMPETENZ

Als für die vorliegende Fragestellung (vgl. 1.5) besonders wichtige Aspekte der Kompetenz wurden die Alltagskompetenz als Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung (vgl. 4.6.1.) und verschiedene gesundheitliche Komponenten (vgl. 4.6.2.) ausgewählt.

Die gefundenen Ergebnisse werden im folgenden dargestellt.

4.6.1. DIE ALLTAGS-KOMPETENZ

4.6.1.1. Zur Messung der Alltags-Kompetenz

Um das Ausmaß der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die sogenannte Alltags-Kompetenz, bei den Befragten zu untersuchen, wurde ihnen und ihren Betreuerinnen eine Liste mit 28 hierzu relevanten Items (vgl. 1.5.) vorgegeben.

Diese 28 Items umfassen dabei Fähigkeiten der Lebenserhaltung, der physikalischen und instrumentellen Selbstversorgung im Sinne funktioneller Gesundheit und dabei auch eigener häuslicher und außerhäuslicher Mobilität; ferner Fähigkeiten des Gedächtnisses im Sinne geistiger sowie Fähigkeiten zur sozialen Integration (über die eigene Mobilität) im Sinne sozialer Gesundheit (vgl. 1.3.1.).

Sie werden wie folgt fünf Kompetenzbereichen zugeordnet:

Bereich der Körperpflege:

- sich ankleiden
- das WC benutzen
- sich waschen
- Duschen
- Baden
- sich kämmen/rasieren
- sich das Haar waschen
- Nagelpflege
- Fußpflege

Bereich der Ernährung:

- Essen
- Kochen
- Einkaufen

Bereich der Haushaltsführung:

- Abwaschen
- Fegen
- Staubsaugen
- Staubwischen
- Aufwischen
- Fensterputzen
- Wäschewaschen (kleine Teile)

Bereich der Gedächtnisleistungen:

- sicher mit Geld umgehen
- schnell gewünschte Gegenstände finden
- die nötige Medizin einnehmen

Bereich der Mobilität:

- Besuche empfangen
- Besuche machen
- sich sicher innerhalb der Wohnung bewegen
- sich sicher von der Wohnung auf die Straße begeben
- sich sicher im Straßenverkehr bewegen (zu Fuß)
- öffentliche Verkehrsmittel benutzen

Die Einschätzung erfolgte über eine 5-stufige und gleichabständige Antwortskala:

1 = fällt sehr leicht

2 = fällt leicht

3 = fällt weder besonders leicht noch besonders schwer

4 = fällt schwer

5 = fällt sehr schwer

4.6.1.2. Das Ausmaß von Alltags-Kompetenz bei Selbst- und Fremdeinschätzung

Die Ergebnisse für die von den Probanden im ersten Befragungsdurchgang selbst eingeschätzte Kompetenz zur selbständigen Lebensführung (subjektive Alltags-Kompetenz), der für die Selbstachtung der Befragten eine große Bedeutung zukommen dürfte, werden im folgenden nach den in 4.6.1.1. beschriebenen Bereichen der erfaßten Alltags-Kompetenz dargestellt. Weiterhin sind jeweils die Aussagen der 21 Mitarbeiterinnen des 'HAUS IM PARK' (Betreuerinnen) über die Fähigkeiten der von ihnen betreuten Probanden beigefügt (fremdbeurteilte Alltags-Kompetenz). Die entsprechenden Prozentzahlen beziehen sich dabei immer auf die Gesamtstichprobe von 36 durch den Außendienst betreuten Senioren.

Das Ausmaß deren Alltags-Kompetenz aus der Sicht der Betreuerinnen kann zum einen einige Aufschlüsse über die nach außen feststellbaren Fähigkeiten der Betreuten zur Bewältigung alltäglicher Erfordernisse geben - die Fremdbeurteilungen stellen damit den Versuch dar, neben den subjektiven Angaben der Befragten selbst auch ein objektives Maß ihrer Kompetenz zu erhalten. Zum anderen wird durch die Gegenüberstellung der subjektiven und der fremdbeurteilten Alltags-Kompetenz ein Vergleich beider Aussagen im Sinne einer Validierung der Darstellung aus der Sicht der Befragten ermöglicht. Dieser Vergleich wird über eine Korrelation von Selbst- und Fremdbeurteilung angestellt (R nach Pearson-Bravais, vgl. 4.1.), die den Zusammenhang zwischen beiden beschreibt. Ist diese Korrelation zumindest tendentiell bedeutsam, kann von einer überzufälligen Ähnlichkeit beider Beurteilungen gesprochen werden; andernfalls unterscheiden sie sich. Es muß hierbei jedoch berücksichtigt werden, daß die Fremdbeurteiler diejenigen Personen sind, die die betreffenden Probanden betreuen - möglicherweise sind sie dadurch nicht völlig unbefangen in ihrem Urteil.

Aus s u b j e k t i v e r Sicht fällt es im *Bereich der Körperpflege* den Befragten am leichtesten, ein WC zu benutzen (sehr leicht u. leicht: 86.1%/31 Pbn), sich selbst anzukleiden (sehr leicht u. leicht: 77.8%/28 Pbn) und sich zu kämmen bzw. zu rasieren (sehr leicht u. leicht: 75.o%/27 Pbn). Im Durchschnitt bezeichnen sie diese Tätigkeiten als leicht bis sehr leicht. Auch das Waschen fällt im Mittel recht leicht. Von 61.1% (22 Pbn) wird diese Tätigkeit als einfach oder sehr einfach empfunden.
Erste Probleme bei der Körperpflege zeigen sich für eine größere Anzahl Befragter beim Duschen, beim Baden, bei der Nagelpflege und beim Haarwaschen. Als schwierig oder sehr schwierig empfinden dies jeweils 25.o% (9 Pbn), 27.8% (1o Pbn), 33.3% (12 Pbn) bzw. 41.7% (15 Pbn). Die meisten Schwierigkeiten bereitet schließlich die Fußpflege, die mit 63.9% bzw. 23 Pbn nahezu für zwei Drittel der Stichprobe schwierig oder sehr schwierig ist.

Bei der f r e m d b e u r t e i l t e n Alltags-Kompetenz im Bereich der Körperpflege zeigt sich eine Reihenfolge zunehmender Schwierigkeiten bei den einzelnen Tätigkeiten, die der von den Betreuten selbst abgegebenen Einschätzung sehr ähnlich ist. Allerdings sehen die Betreuerinnen in allen Fällen mehr Probleme bei der Körperpflege als die Probanden.
Wie die Betreuten selbst schätzen auch die Mitarbeiterinnen das Benutzen der Toilette, das Waschen des Körpers, das Kämmen/Rasieren und das Ankleiden als die am einfachsten zu bewältigenden Körperpflege-Tätigkeiten ein. Allerdings glauben sie nur noch bei 58.4% (21 Pbn), 5o.o% (18 Pbn), 44.4% (16 Pbn) bzw. 41.7% (15 Pbn) der Befragten, daß diese Aktivitäten ihnen leicht oder sehr leicht fallen. Hingegen vermuten sie bei zwischen 11.1% oder 4 Betreuten (das WC benutzen) und 25.o% oder 9 Betreuten (Ankleiden) hierbei viele oder sehr viele Schwierigkeiten.
Alle weiteren Körperpflegeaktivitäten halten die beurteilenden Mitarbeiterinnen bei den Probanden durchschnittlich für weder einfach noch schwierig oder sogar schwierig. So glauben sie, daß jeweils 44.4% (16 Pbn) das Duschen oder Baden sehr schwer

fällt, und sind dieser Meinung bei 52.8% der Betreuten (19 Pbn) hinsichtlich der Nagelpflege, von 61.1% (22 Pbn) hinsichtlich des Haarwaschens und sogar von 77.8% (28 Pbn) hinsichtlich der Fußpflege.

Die Ergebnisse für die Selbst- und Fremdbeurteilung der Alltags-Kompetenz im Bereich Körperpflege ist der Tabelle 45 zu entnehmen.

Tab. 45 : Selbst- und Fremdeinschätzung der Alltags-Kompetenz/ Bereich der Körperpflege

		sehr leicht (1) f	%	leicht (2) f	%	weder-noch (3) f	%	schwer (4) f	%	sehr schwer (5) f	%	$\bar{x}$
das WC be-	S	23	63.9	8	22.2	4	11.1	1	2.8	o	o.o	1.53
nutzen	F	11	3o.6	1o	27.8	11	3o.6	3	8.3	1	2.8	2.25
sich kämmen/	S	22	61.1	5	13.9	7	19.4	2	5.6	o	o.o	1.69
rasieren	F	7	19.4	9	25.o	13	36.1	4	11.1	3	8.3	2.64
sich anklei-	S	19	52.8	9	25.o	4	11.1	2	5.6	2	5.6	1.86
den	F	6	16.7	9	25.o	12	33.3	7	19.4	2	5.6	2.72
sich waschen	S	17	47.2	5	13.9	7	19.4	5	13.9	2	5.6	2.17
	F	8	22.2	1o	27.8	1o	27.8	6	16.7	2	5.6	2.56
Duschen	S	15	41.7	7	19.4	5	13.9	2	5.6	7	19.4	2.42
	F	6	16.7	9	25.o	5	13.9	5	13.9	11	3o.6	3.17
Baden	S	14	38.9	6	16.7	6	16.7	2	5.6	8	22.2	2.56
	F	6	16.7	8	22.2	6	16.7	2	5.6	14	38.9	3.28
Nagelpflege	S	11	3o.6	8	22.2	5	13.9	1	2.8	11	3o.6	2.81
	F	3	8.3	4	11.1	1o	27.8	9	25.o	1o	27.8	3.53
sich das Haar	S	12	33.3	3	8.3	6	16.7	4	11.1	11	3o.6	2.97
waschen	F	4	11.1	3	8.3	7	19.4	7	19.4	15	41.7	3.72
Fußpflege	S	7	19.4	3	8.3	3	8.3	6	16.7	17	47.2	3.64
	F	3	8.3	1	2.8	4	11.1	13	36.1	15	41.7	4.oo

S = Selbstbeurteilung, F = Fremdbeurteilung

Die Berechnung der jeweiligen Korrelationen zwischen den von den Befragten selbst eingeschätzten und den von den Betreuerinnen fremdbeurteilten Werten für die Alltags-Kompetenz bei der Körperpflege (Tabelle 46) zeigt, daß diese bis auf eine Ausnahme stets signifikant oder sehr signifikant sind. Danach besteht trotz der konstant schlechteren Werte der Mitarbeiterinnen eine bedeutsame Ähnlichkeit zwischen beiden Einschätzungen. Die Ausnahme bildet die Nagelpflege, für die sich subjektive und fremde Beurteilung deutlich unterscheiden. Wiederum fällt das Urteil der Mitarbeiterinnen negativer als das der Betreuten aus.

Tab. 46 : Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung der Alltags-Kompetenz im Bereich der Körperpflege (Korrelation R nach Pearson-Bravais)

	R	Signifikanz
Nagelpflege	-o.oo	o.49o3 (ns)
Fußpflege	o.3o	o.o39o (s)
sich kämmen/rasieren	o.35	o.o188 (s)
das WC benutzen	o.37	o.o147 (s)
sich waschen	o.56	o.ooo2 (ss)
Baden	o.61	o.oooo (ss)
Duschen	o.66	o.oooo (ss)
sich das Haar waschen	o.71	o.oooo (ss)

Im Bereich der Körperpflege läßt sich insgesamt von etwa 3o% (Urteil der Befragten selbst) bis 5o% (Urteil der Betreuerinnen) der Befragten vermuten, daß ihnen mehrere für die körperliche Pflege unerläßliche Tätigkeiten Probleme bereiten. Beim Haarwaschen bzw. bei der Fußpflege, die viel Beweglichkeit und Geschicklichkeit bedingen, steigt diese Prozentzahl noch. Damit scheint es nicht nur angebracht, bei Bedarf den betroffenen Betreuten Hilfe bei den komplizierteren Körperpflegeaktivitäten

im Hause zukommen zu lassen, sondern auch einen professionellen Service (z.B. durch eine Fußpflegerin) zusätzlich heranzuziehen.

Für den *Bereich der Ernährung* zeigen sich nach der s u b j e k t i v e n Einschätzung der Befragten für sie beim Essen kaum Schwierigkeiten: 88.9% bzw. 32 Pbn fällt dies leicht oder sehr leicht. Hingegen sind das Kochen und Einkaufen schon problematischer. 41.7% (15 Pbn) bzw. 5o.o% (18 Pbn) sprechen hierbei davon, daß dies schwer oder sehr schwer fällt. Entsprechend liegen die hierzu gehörigen Mittelwerte bei 'fällt weder leicht noch schwer'.

Die durch die Betreuerinnen f r e m d b e u r t e i l t e n Kompetenz-Werte für den Bereich der Ernährung bestätigen die Selbsteinschätzung der Befragten. Wiederum wird das Essen bei den meisten Betreuten (69.4%/25 Pbn) für leicht oder sehr leicht gehalten. Hingegen scheinen auch den Mitarbeiterinnen das Kochen und Essen problematischer. So glauben sie jeweils von jedem zweiten Befragten (5o.o%/18 Pbn), daß diese Aktivitäten ihm schwer oder sehr schwer fallen.

Die von Betreuten und Betreuerinnen gleichermaßen erlebten Schwierigkeiten bei der Ernährung mögen u.a. durch eine teilweise mangelhafte Bewegungsfähigkeit hervorgerufen werden, die sich auch im Bereich der Haushaltsführung bzw. der Mobilität bemerkbar macht. Die folgende Tabelle 47 gibt einen Überblick über Selbst- und Fremdbeurteilung der Alltags-Kompetenz im Ernährungsbereich.

Tab. 47 : Selbst- und Fremdeinschätzung der Alltags-Kompetenz/ Bereich der Ernährung

		sehr leicht (1) f	%	leicht (2) f	%	weder-noch (3) f	%	schwer (4) f	%	sehr schwer (5) f	%	$\bar{x}$
Essen	S	26	72.2	6	16.7	3	8.3	o	o.o	1	2.8	1.44
	F	13	36.1	12	33.3	7	19.4	4	11.1	o	o.o	2.o6
Kochen	S	8	22.2	7	19.4	6	16.7	9	25.o	6	16.7	2.94
	F	3	8.3	6	16.7	9	25.o	11	3o.6	7	19.4	3.36
Einkaufen	S	6	16.7	8	22.2	4	11.1	5	13.9	13	36.1	3.31
	F	4	11.1	5	13.9	9	25.o	6	16.7	12	33.3	3.47

S = Selbstbeurteilung, F = Fremdbeurteilung

Die Selbst- und Fremdurteile für Aktivitäten hinsichtlich der Ernährung korrelieren jeweils signifikant oder sehr signifikant miteinander. Die Einschätzungen der Alltags-Kompetenz in diesem Bereich sind somit bedeutsam ähnlich (vgl. Tabelle 48).

Tab. 48 : Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung der Alltags-Kompetenz im Bereich der Ernährung (Korrelation R nach Pearson-Bravais)

	R	Signifikanz
Essen	o.29	o.o413 (s)
Kochen	o.57	o.ooo2 (ss)
Einkaufen	o.76	o.oooo (ss)

Im *Bereich der Haushaltsführung* sind die Ergebnisse für die einzelnen dort zugehörigen Tätigkeiten in Abhängigkeit von der benötigten Beweglichkeit sehr unterschiedlich. So fallen nach der s u b j e k t i v e n Einschätzung der Befragten das Staubwi-

schen bzw. das Abwaschen noch durchschnittlich leicht: Nur 13.9% (5 Pbn) bzw. 19.4% (7 Pbn) halten diese Aktivitäten für schwierig oder sehr schwierig. Problematischer wird schon das Waschen kleiner Wäscheteile (sehr schwer u. schwer: 41.7%/15 Pbn), und beim Fegen bzw. Staubsaugen klagen mit 58.3% (21 Pbn) bzw. 63.9% (23 Pbn) über die Hälfte der Stichprobe darüber, daß dies schwierig oder sehr schwierig sei. Die meisten Probleme in der Haushaltsführung zeigen sich schließlich bei den beiden Tätigkeiten, die vornehmlich Bücken und Strecken bzw. sogar Klettern erfordern: Mit 8o.5% (29 Pbn) bzw. 86.1% (31 Pbn) ist es die überwältigende Mehrheit der Befragten, die das Aufwischen bzw. Fensterputzen als ausgesprochen schwierig erleben.

Die F r e m d b e u r t e i l u n g der Kompetenz zur Haushaltsführung durch die Mitarbeiterinnen des Außendienstes zeigt, daß diese für ihre Betreuten hier viele Probleme sehen. Für einfach oder sehr einfach halten sie eine Haushaltstätigkeit nur bei maximal 33.3% der Befragten (12 Pbn), und dies ausschließlich für das Abwaschen. Alle weiteren Aktivitäten werden als noch beschwerlicher eingeschätzt. Für schwierig oder sehr schwierig halten sie bei einer recht großen bis sehr großen Gruppe von Betreuten das Staubwischen (44.5%/16 Pbn), das Fegen (5o.o%/18 Pbn), das Staubsaugen bzw. das Waschen kleiner Wäscheteile (jeweils 75.o%/27 Pbn) und insbesondere das Aufwischen (88.9%/32 Pbn) oder das Fensterputzen (94.5%/35 Pbn).

Die in Tabelle 49 dargestellten Ergebnisse machen insgesamt deutlich, wo die untersuchte Stichprobe älterer Menschen unbedingt eine Hilfe im Haushalt benötigt, die sie vom Außendienst des 'HAUS IM PARK' auch erhält. Die Haushaltsführung scheint sowohl nach eigener Beurteilung der Betreuten als auch nach Meinung ihrer Betreuerinnen zum Teil recht große Probleme mit sich zu bringen. Dies gilt insbesondere für die 'groben' Tätigkeiten wie Fegen, Staubsaugen, Aufwischen oder Fensterputzen.

Tab. 49 : Selbst- und Fremdeinschätzung der Alltags-Kompetenz/ Bereich der Haushaltsführung

		sehr leicht (1) f	%	leicht (2) f	%	weder-noch (3) f	%	schwer (4) f	%	sehr schwer (5) f	%	$\bar{x}$
Staubwischen	S	17	42.7	7	19.4	7	19.4	5	13.9	o	o.o	2.oo
	F	o	o.o	5	13.9	15	41.7	11	3o.6	5	13.9	3.44
Abwaschen	S	15	41.7	7	19.4	7	19.4	4	11.1	3	8.3	2.25
	F	2	5.6	1o	27.8	15	41.7	7	19.4	2	5.6	2.92
Wäsche waschen (kleine Teile)	S	4	11.1	7	19.4	1o	27.8	1o	27.8	5	13.9	3.14
	F	o	o.o	2	5.6	7	19.4	12	33.3	15	41.7	4.11
Staubsaugen	S	6	16.7	4	11.3	3	8.3	12	33.3	11	3o.6	3.5o
	F	o	o.o	2	5.6	7	19.4	14	38.9	13	36.1	4.o6
Fegen	S	5	13.9	4	11.1	6	16.7	9	25.o	12	33.3	3.53
	F	o	o.o	5	13.9	13	36.1	9	25.o	9	25.o	3.61
Aufwischen	S	1	2.8	1	2.8	5	13.9	8	22.2	21	58.3	4.31
	F	o	o.o	1	2.8	3	8.3	9	25.o	23	63.9	4.5o
Fensterputzen	S	1	2.8	2	5.6	2	5.6	1	2.8	3o	83.3	4.58
	F	o	o.o	1	2.8	1	2.8	6	16.7	28	77.8	4.69

S = Selbstbeurteilung, F = Fremdbeurteilung

Obwohl die Betreuerinnen jede Haushaltstätigkeit für schwieriger als die Senioren selbst halten, korrelieren bis auf eine Ausnahme Fremd- und Selbstbeurteilung in diesem Bereich bedeutsam (Tab. 5o).

Lediglich hinsichtlich des Staubwischens sehen die Mitarbeiterinnen so viel mehr Probleme, daß die Einschätzungen nicht mehr signifikant ähnlich sind, sondern sich deutlich unterscheiden.

Tab.5o : Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung der Alltags-Kompetenz im Bereich der Haushaltsführung (Korrelation R nach Pearson-Bravais)

	R	Signifikanz
Staubwischen	o.o3	o.4355 (ns)
Aufwischen	o.31	o.o326 (s)
Fegen	o.52	o.ooo6 (ss)
Wäsche waschen(kl.Teile)	o.52	o.ooo6 (ss)
Abwaschen	o.59	o.ooo1 (ss)
Staubsaugen	o.68	o.oooo (ss)
Fensterputzen	o.77	o.oooo (ss)

Die Aktivitäten, die in den *Bereich der Gedächtnisleistungen* fallen, scheinen der s u b j e k t i v e n Ansicht der Befragten nach insgesamt nur wenig Schwierigkeiten zu bereiten. 91.4% (32 Pbn) bzw. 86.1% (31 Pbn) finden es einfach oder sehr einfach, die nötige Medizin einzunehmen oder sicher mit Geld umzugehen. Auch das rasche Finden von Gegenständen ist für 58. % (21 Pbn) ebenso einfach, während 25.o% (9 Pbn) dies als schwierig oder sehr schwierig erleben. Hier zeigen sich möglicherweise erste Probleme einer nachlassenden Gedächtnisleistung bei einem Teil der Stichprobe.

Auch die f r e m d b e u r t e i l e n d e n Betreuerinnen sehen bei den Gedächtnisleistungen nur wenig Probleme für die Befragten. Bei 72.2% der Betreuten (26 Pbn) glauben sie, daß das sichere Umgehen mit Geld leicht oder sehr leicht fällt, und mit 58.3%(21 Pbn) trauen sie auch über der Hälfte der Senioren zu, die nötige Medizin ohne alle Schwierigkeiten einzunehmen. Allenfalls beim schnellen Finden von Gegenständen sehen sie - wie die Befragten selbst - einige Probleme :

Bei 27.8% (1o Pbn) vermuten sie Schwierigkeiten oder große Schwierigkeiten.

Tab. 51 : Selbst- und Fremdeinschätzung der Alltags-Kompetenz/ Bereich der Gedächtnisleistungen

		sehr leicht (1) f	%	leicht (2) f	%	weder-noch (3) f	%	schwer (4) f	%	sehr schwer (5) f	%	$\bar{x}$
die nötige Me-	S	26	74.3	6	17.1	2	5.7	1	2.8	o	o.o	1.37
dizin einnehmen	F	9	25.o	12	33.3	12	33.3	1	2.8	2	5.6	2.31
sicher mit Geld	S	29	8o.6	2	5.6	2	5.6	1	2.8	2	5.6	1.47
umgehen	F	19	52.8	7	19.4	6	16.7	2	5.6	2	5.6	1.92
schnell Gegen-	S	15	41.7	6	16.7	6	16.7	6	16.7	3	8.3	2.33
stände finden	F	3	8.3	13	36.1	1o	27.8	8	22.2	2	5.6	2.81

S = Selbstbeurteilung, F = Fremdbeurteilung

Der Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung im Bereich der Gedächtnisleistungen ist jeweils bedeutsam - Betreuerinnen und Betreute schätzen somit diesen Bereich der Alltags-Kompetenz in ähnlicher Weise als problemlos ein.

Tab. 52 : Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung der Alltags-Kompetenz im Bereich der Gedächtnisleistungen (Korrelation R nach Pearson-Bravais)

	R	Signifikanz
sicher mit Geld umgehen	o.33	o.o246 (s)
die nötige Medizin einnehmen	o.37	o.o144 (s)
schnell gewünschte Gegenstände finden	o.45	o.oo3o (ss)

Im *Bereich der Mobilität* schließlich zeigen sich wie schon bei der Haushaltsführung große Unterschiede im Schwierigkeitsgrad bei den einzelnen Aktivitäten. Dies dürfte wiederum von der jeweils erforderlichen Beweglichkeit, aber auch der erlebten Sicherheit abhängen.

Am einfachsten erscheint es den s u b j e k t i v e n Angaben der Befragten nach noch, sich sicher in der Wohnung zu bewegen. Dies halten 72.2% der Stichprobe (26 Pbn) für leicht oder sehr leicht und nur 5.6% (2 Pbn) für schwierig. Die erlebte Sicherheit in der eigenen Wohnung dürfte erheblich dazu beitragen, daß die Befragten in der Lage sind, selbständig zu leben. Ebenfalls durchschnittlich leicht fällt verständlicherweise das Empfangen von Besuch, das ja auch innerhalb der eigenen Wohnung stattfindet (sehr leicht bzw. leicht: 61.1%/22 Pbn).
Alle übrigen Aktivitäten aus dem Mobilitätsbereich erscheinen den Befragten im Mittel weder leicht noch schwer. Hier ergeben sich für eine Gruppe von etwa 3o% - 5o% Probleme. Schwer oder sehr schwer fällt es 33.3% (12 Pbn), sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben, 36.1% (13 Pbn), Besuche zu machen, und jeweils 47.2% (17 Pbn), sich sicher zu Fuß im Straßenverkehr zu bewegen bzw. öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Auch nach den f r e m d b e u r t e i l t e n Werten für die Alltags- Kompetenz im Hinblick auf Mobilität ergibt sich eine ähnliche Rangfolge der Probleme bei den einzelnen Aktivitäten wie aus der Sicht der Betreuten selbst. Die Mitarbeiterinnen glauben nur von 8.3% der Senioren (3 Pbn), daß ihnen der Empfang eines Besuchs schwer fällt. Allerdings sehen sie schon bei 25.o% (9 Pbn), daß ein sicheres Bewegen in der Wohnung schwierig oder sehr schwierig ist. Noch mehr Probleme vermuten sie für die Bewegungsfähigkeit außerhalb der Wohnung. So schätzen sie 55.6% der Betreuten (2o Pbn) dergestalt ein, daß es diesen schwer oder sehr schwer fällt, sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben oder sich sicher im Straßenverkehr zu Fuß zu bewegen, und vermuten dasselbe hinsichtlich des Benutzens öffentlicher Verkehrsmittel bei 61.1% (22 Pbn).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse zur Alltags-Kompetenz im Bereich der Mobilität, daß je nach Beurteilung durch die Betreuten selbst oder durch die Betreuerinnen zwischen 3o - 6o% der Befragten Schwierigkeiten bei der Fortbewegung außerhalb der eigenen Wohnung haben. Hierbei dürften sie somit auf einige Hilfestellungen angewiesen sein, sei dies in Form einer Begleitung bei Besorgungen oder Besuchen oder in der Abnahme solcher Gänge. Diese Anforderungen werden von den Betreuerinnen des 'HAUS IM PARK' bzw. dem Zivildienstleistenden bei entsprechendem Bedarf auch verwirklicht.

Insgesamt zeigt sich im gesamten Bereich der Mobilität ein zunehmender Schwierigkeitsgrad bei wachsender neurophysiologischer Komplexität der Aktivitäten.

Tab. 53 : Selbst- und Fremdeinschätzung der Alltags-Kompetenz/ Bereich der Mobilität

		sehr leicht (1) f	%	leicht (2) f	%	weder-noch (3) f	%	schwer (4) f	%	sehr schwer (5) f	%	$\bar{x}$
sich sicher innerhalb d.Wohnung bewegen	S	21	58.3	5	13.9	8	22.2	2	5.6	o	o.o	1.75
	F	1o	27.8	8	22.2	9	25.o	8	22.2	1	2.8	2.5o
Besuche empfangen	S	13	36.1	9	25.o	8	22.2	6	16.7	o	o.o	2.19
	F	8	22.2	15	41.7	1o	27.8	3	8.3	o	o.o	2.22
sich sicher von der Wohnung a.d.Straße begeben	S	9	25.o	9	25.o	6	16.7	5	13.9	7	19.4	2.78
	F	7	19.4	9	25.o	o	o.o	11	3o.6	9	25.o	3.17
Besuche machen	S	9	25.o	8	22.2	6	16.7	5	13.9	8	22.2	2.86
	F	7	19.4	7	19.4	6	16.7	6	16.7	1o	27.8	3.14
sich sicher im Straßenverkehr bewegen (zu Fuß)	S	8	22.2	3	8.3	8	22.2	8	22.2	9	25.o	3.19
	F	5	13.9	6	16.7	5	13.9	1o	27.8	1o	27.8	3.39
öffentliche Verkehrsmittel benutzen	S	7	19.4	4	11.1	8	22.2	8	22.2	9	25.o	3.22
	F	5	13.9	6	16.7	3	8.3	1o	27.8	12	33.3	3.5o

S = Selbstbeurteilung, F = Fremdbeurteilung

In ihrem Urteil über die Mobilität der Befragten sind die Betreuerinnen diesen trotz ihrer stets schlechteren durchschnittlichen Kompetenz-Werte bedeutsam ähnlich. Die einzige Ausnahme bildet die Fähigkeit, sich sicher in der Wohnung zu bewegen, die die Mitarbeiterinnen des Außendienstes deutlich negativer einschätzen als ihre Senioren.

Tab. 54 : Zusammenhang von Selbst- und Fremdbeurteilung der Alltags-Kompetenz im Bereich der Mobilität (Korrelation R nach Pearson-Bravais)

	R	Signifikanz
sich sicher innerhalb der Wohnung bewegen	o.23	o.o929 (ns)
Besuch empfangen	o.38	o.olo5 (s)
Besuche machen	o.67	o.oooo (ss)
s.sicher v.d.Wohnung auf die Straße begeben	o.7o	o.oooo (ss)
s.sicher im Straßenverkehr bewegen (zu Fuß)	o.83	o.oooo (ss)
öffentliche Verkehrsmittel benutzen	o.87	o.oooo (ss)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, daß die für die untersuchten 5 Bereiche *Körperpflege, Ernährung, Haushaltsführung, Gedächtnisleistung und Mobilität* in der Selbst- und Fremdeinschätzung gefundenen Werte bis auf wenige Ausnahmen (Staubwischen, sich sicher innerhalb der Wohnung bewegen, Nagelpflege) signifikant miteinander korrelieren, obgleich die Betreuerinnen die Alltags-Kompetenz der Befragten geringer einschätzen. Die eingeschränkte körperliche Beweglichkeit zeigt sich am stärksten in Fähigkeiten, wie Staubsaugen, Fensterputzen, Fegen, Aufwischen.

4.6.1.3. Korrelate der Alltags-Kompetenz

Durch einen Chi-Quadrat-Test wurden die einzelnen Fähigkeiten der Alltags-Kompetenz-Liste (vgl. 4.6.1.1.) auf Zusammenhänge zu ausgewählten anderen Merkmalen der Stichprobe überprüft (vgl. 4.1.). Die Ergebnisse werden nach den einzelnen Bereichen der Alltags-Kompetenz getrennt dargestellt.

Im *Bereich der Körperpflege* erweisen sich Alter, Schulbildung, Geschlecht und Familienstand als wichtig.

Zunächst haben die jüngeren Probanden bis einschließlich 77 Jahre bei einigen Kompetenzen deutsam weniger Probleme als die älteren ab 78 Jahre. Nach Meinung der Außendienstmitarbeiterinnen fällt den Erstgenannten das Baden zu 55.o% (11 Pbn) leicht oder sehr leicht, während dies nur von 18.8% (3 Pbn) der anderen Gruppe angenommen wird. Weiterhin antworten die jüngeren Probanden selbst hinsichtlich des Haarwaschens bzw. der Nagelpflege mit 55% (11 Pbn) bzw. 65.o% (13 Pbn) häufiger als die älteren (25.o%/4 Pbn bzw. 37.5%/6 Pbn), daß ihnen diese Tätigkeiten leicht oder sehr leicht fielen. Die drei beschriebenen Vergleiche, die in Tabelle 55 dargestellt werden, sind tendentiell bedeutsam.

Das Haarwaschen und die Nagelpflege sind im übrigen auch tendentiell bedeutsam mit der Schulbildung verbunden (vgl. Tab.56). Hier sind es jeweils die Befragten mit qualitativ schlechterer Bildung (kein Schulabschluß, Volksschulabschluß), bei denen von den Betreuerinnen weniger Probleme als bei der Gruppe mit höherer Schulbildung gesehen werden. In der ersten Gruppe sind es jeweils 33.3% (7 Pbn), für die das Haarwaschen bzw. die Nagelpflege als einfach oder sehr einfach angesehen wird, während dies auf keine Person aus der zweiten zutrifft.

Tab. 55 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Körperpflege und Alter (Chi-Quadrat-Test)

	Haare waschen Urteil Betreuter				Nagelpflege Urteil Betreuter				Baden Urteil Betreuerin			
	Alter				Alter				Alter			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	8	4o.o	4	25.o	8	4o.o	3	18.8	5	25.o	1	6.3
eher leicht 2	3	15.o	o	o.o	5	25.o	3	18.8	6	3o.o	2	12.5
weder-noch 3	3	15.o	3	18.8	o	o.o	5	31.3	4	2o.o	2	12.5
eher schwer 4	o	o.o	4	25.o	o	o.o	1	6.3	o	o.o	2	12.5
sehr schwer 5	6	3o.o	5	31.3	7	35.o	4	25.o	5	25.o	9	56.3
Summe	2o	1oo.o	16	1oo.1	2o	1oo.o	16	1oo.2	2o	1oo.o	16	1oo.1
$\bar{x}$	2.65		3.38		2.65		3.oo		2.7o		4.oo	
Chi-Quadrat	8.o8o				9.261				8.132			
df	4				4				4			
Signifikanz	o.o89(T)				o.o56(T)				o.o88(T)			

Alter Gr. 1: unterdurchschnittlich/bis 77 Jahre einschließlich
Gr. 2: überdurchschnittlich / ab 78 Jahre einschließlich

Das Kämmen/Rasieren nach Urteil der Betreuerinnen und die von den Befragten selbst eingeschätzte Fußpflege weisen zur Geschlechtszugehörigkeit einen signifikanten Zusammenhang auf (vgl. Tab.57). Jeweils sind es die Männer, denen diese Tätigkeiten in größerem Ausmaß leicht oder sehr leicht fallen als den weiblichen Befragten. Für das Kämmen/Rasieren trifft dies auf immerhin 66.7% (8 Pbn) und für die Fußpflege auf 5o.o% (6 Pbn) der männlichen Probanden zu, hingegen bei den weiblichen nur auf 33.3% (8 Pbn) bzw. 16.7 (4 Pbn).

Tab. 56 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Körperpflege und Schulbildung (Chi-Quadrat-Test)

	Haare waschen Urteil Betreuerin				Nagelpflege Urteil Betreuerin			
	Schulbildung				Schulbildung			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	4	19.o	o	o.o	3	14.3	o	o.o
eher leicht 2	3	14.3	o	o.o	4	19.o	o	o.o
weder-noch 3	2	9.5	5	33.3	3	14.3	7	46.7
eher schwer 4	3	14.3	4	26.7	6	28.6	3	2o.o
sehr schwer 5	9	42.9	6	4o.o	5	23.8	5	33.3
Summe	21	1oo.o	15	1oo.o	21	1oo.o	15	1oo.o
$\bar{x}$	3.48		4.o7		3.29		3.87	
Chi-Quadrat	8.258				8.846			
df	4				4			
Signifikanz	o.o84(T)				o.o66(T)			

Schulbildung Gr. 1: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß
Gr. 2: mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium

Die Kompetenz zur Fußpflege aus der Sicht der Betreuten selbst hängt schließlich noch signifikant mit dem Familienstand zusammen (vgl. Tab. 57). 77.8% (7 Pbn) der verheirateten Befragten, aber nur 59.3% (16 Pbn) der alleinstehenden geben an, daß ihnen diese Tätigkeit schwer oder sehr schwer falle. Die Probanden ohne Ehepartner haben damit weniger Probleme.

Tab. 57 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Körperpflege und Geschlecht bzw. Familienstand (Chi-Quadrat-Test)

	s.kämmen/rasieren Urteil Betreuerin				Fußpflege Urteil Betreuter				Fußpflege Urteil Betreuter			
	Geschlecht				Geschlecht				Familienstand			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	1	8.3	6	25.o	3	25.o	4	16.7	7	25.9	o	o.o
eher leicht 2	7	58.3	2	8.3	3	25.o	o	o.o	1	3.7	2	22.2
weder-noch 3	3	25.o	1o	41.7	o	o.o	3	12.5	3	11.1	o	o.o
eher schwer 4	1	8.3	3	12.5	o	o.o	6	25.o	6	22.2	o	o.o
sehr schwer 5	o	o.o	3	12.5	6	5o.o	11	45.8	1o	37.o	7	77.8
Summe	12	99.9	24	1oo.o	12	1oo.o	24	1oo.o	27	99.9	9	1oo.o
$\bar{x}$	2.33		2.79		3.25		3.83		3.41		4.33	
Chi-Quadrat	11.383				1o.815				1o.484			
df	4				4				4			
Signifikanz	o.o23(s)				o.o3o(s)				o.o34(s)			

Geschlecht Gr. 1: männlich
Gr. 2: weiblich

Familienstand Gr. 1: alleinstehend (verwitwet, ledig, geschieden)
Gr. 2: verheiratet

Im *Bereich der Haushaltsführung* gibt es nur wenige Zusammenhänge der verschiedenen Fähigkeiten zu anderen Merkmalen der Stichprobe. Dies betrifft vor allem die recht schwierige Tätigkeit des Fegens.

Diejenigen Probanden, die nach eigener Meinung bzw. nach Urteil der Interviewerinnen ein besseres gesundheitliches Wohlbefinden (gut, sehr gut) aufweisen, halten das Fegen für tendentiell bzw. signifikant leichter als die Befragten mit schlechterem Gesund-

heitszustand (vgl. Tab.58). 73.9% (17 Pbn) der Gruppe mit einem nach eigener Einschätzung unterdurchschnittlich guten gesundheitlichen Wohlbefinden bzw. 73.1% (19 Pbn) derjenigen, deren gesundheitlicher Zustand von den Interviewerinnen als unterdurchschnittlich gut beurteilt wird, halten das Fegen für schwierig oder sehr schwierig, während dies bei den Befragten mit besserem gesundheitlichen Wohlbefinden nur auf 3o.8% (4 Pbn) bzw. 2o.o% (2 Pbn) zutrifft.

Weiterhin ist das Fegen nach Selbstbeurteilung der Befragten für verheiratete Probanden tendentiell problematischer als für alleinstehende. Mit 88.9% (8 Pbn) sind es nahezu alle verheirateten Betreuten, die diese Tätigkeit als schwierig oder sehr schwierig ansehen. Hingegen gilt dies nur für 48.1% (13 Pbn) derjenigen ohne Ehepartner (vgl. Tab.6o).

Obwohl die Männer tendentiell häufiger verheiratet sind als die Frauen der untersuchten Stichprobe (vgl. 3.5.1.), antworten die männlichen Probanden dennoch tendentiell häufiger als die weiblichen Befragten (12.5%/3 Pbn), daß ihnen das Fegen leicht oder sehr leicht fällt (5o.o%/6 Pbn). Entsprechend weist ihre durchschnittliche Kompetenz im Hinblick auf diese Haushaltstätigkeit auch einen besseren Wert als die ihrer weiblichen Altersgenossen auf. Andererseits finden sich unter den Männern aber auch 5o.o% (6 Pbn), die das Fegen für sehr schwierig oder schwierig halten, und dies dürften damit vermutlich die verheirateten sein (vgl. Tab.59).

Wie das Fegen fällt den Männern - diesmal nach Meinung ihrer Betreuerinnen - auch insgesamt das Staubsaugen leichter als den weiblichen Befragten (vgl. Tab.59). Während diese Tätigkeit für 58.3% (7 Pbn) von ihnen als schwierig oder sehr schwierig und für 16.7% (2 Pbn) als einfach bezeichnet wird, sprechen die Betreuerinnen bei 83.3% (2o Pbn) der Frauen von Schwierigkeiten, und hier wird bei niemandem das Staubsaugen als einfache Tätigkeit gesehen. Der Unterschied ist tendentiell bedeutsam.

Tab. 58 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Haushaltsführung und subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Chi-Quadrat-Test)

	Fegen Urteil Betreuter				Fegen Urteil Betreuter			
	Wohlbefinden (Urteil Betreuter)				Wohlbefinden (Urteil Interviewer)			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	2	8.7	3	23.1	2	7.7	3	3o.o
eher leicht 2	2	8.7	2	15.4	2	7.7	2	2o.o
weder-noch 3	2	8.7	4	3o.8	3	11.5	3	3o.o
eher schwer 4	6	26.1	3	23.1	7	26.9	2	2o.o
sehr schwer 5	11	47.8	1	7.7	12	46.2	o	o.o
Summe	23	1oo.o	13	1oo.1	26	1oo.o	1o	1oo.o
$\bar{x}$	3.96		2.77		3.96		2.4o	
Chi-Quadrat	8.o43				9.8o3			
df	4				4			
Signifikanz	o.o91(T)				o.o45(s)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden/Urteil des Betreuten bzw. der Interviewerin Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders schlecht noch besonders gut
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Als letzte Kompetenz aus dem Bereich der Haushaltsführung weist schließlich das Staubwischen einen signifikanten Zusammenhang zum Alter auf (vgl. Tab.6o). Hiernach schätzen die Befragten selbst diese Tätigkeit bei niedrigerem Alter zu 85.o% (17 Pbn) als einfach oder sehr einfach ein, während dies nicht einmal für jeden zweiten der älteren ab 78 Jahre gilt (43.8%/7 Pbn).

Tab. 59 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Haushaltsführung und Geschlecht (Chi-Quadrat-Test)

		Fegen Urteil Betreuter				Staub saugen Urteil Betreuerin			
		Geschlecht				Geschlecht			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht	1	4	33.3	1	4.2	o	o.o	o	o.o
eher leicht	2	2	16.7	2	8.3	2	16.7	o	o.o
weder-noch	3	o	o.o	6	25.o	3	25.o	4	16.7
eher schwer	4	2	16.7	7	29.2	2	16.7	12	5o.o
sehr schwer	5	4	33.3	8	33.3	5	41.7	8	33.3
Summe		12	1oo.o	24	1oo.o	12	1oo.1	24	1oo.o
$\bar{x}$		3.oo		3.79		3.83		4.17	
Chi-Quadrat		8.9oo				6.725			
df		4				3			
Signifikanz		o.o64(T)				o.o82(T)			

Geschlecht Gr. 1: männlich
Gr. 2: weiblich

Alle drei Aktivitäten im *Bereich der Ernährung* stehen mit dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden der Betreuten dadurch in Verbindung, daß diejenigen mit besserem Befinden hierbei mehr Kompetenz zu besitzen scheinen als die anderen mit schlechter bewertetem Gesundheitszustand.

Die Befragten, deren Wohlbefinden von den Interviewerinnen als unterdurchschnittlich gut eingeschätzt wird, antworten häufiger, ihnen falle das Einkaufen schwer oder sehr schwer (61.5%/16 Pbn), als diejenigen mit besser bewertetem Gesundheitszustand (2o.o%/ 2 Pbn). Der Unterschied ist tendentiell bedeutsam.

Tab. 6o : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Haushaltsführung und Familienstand bzw. Alter (Chi-Quadrat-Test)

	Fegen Urteil Betreuter				Staub wischen Urteil Betreuter			
	Familienstand				Alter			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	5	18.5	o	o.o	11	55.o	6	37.5
eher leicht 2	3	11.1	1	11.1	6	3o.o	1	6.3
weder-noch 3	6	22.2	o	o.o	1	5.o	6	37.5
eher schwer 4	4	14.8	5	55.6	2	1o.o	3	18.8
sehr schwer 5	9	33.3	3	33.3	o	o.o	o	o.o
Summe	27	99.9	9	1oo.o	2o	1oo.o	16	1oo.1
$\bar{x}$	3.33		4.11		1.7o		2.38	
Chi-Quadrat	8.148				8.474			
df	4				3			
Signifikanz	o.o87(T)				o.o38(s)			

Familienstand Gr. 1: alleinstehend(verwitwet,ledig,geschieden)
Gr. 2: verheiratet

Alter Gr. 1: unterdurchschnittlich/bis 77 Jahre einschließlich
Gr. 2: überdurchschnittlich / ab 78 Jahre einschließlich

Weiterhin meinen die Betreuerinnen bei 61.5% (16 Pbn) der ersten Gruppe, für diese sei das Essen einfach oder sehr einfach, während sie dies für immerhin 9o.o% (9 Pbn) der Betreuten mit besserem Wohlbefinden angeben. Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant.

Schließlich fällt nach Meinung der Betreuerinnen den Befragten, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als überdurchschnittlich gut bezeichnen, das Kochen tendentiell leichter als den anderen mit schlechterem Befinden. Jeweils 38.5% (5 Pbn) der erst-

genannten Gruppe bezeichnen diese Tätigkeit als leicht/sehr leicht bzw. schwer/sehr schwer, während dies bei der zweiten 17.3% (4 Pbn) bzw. 56.5% (13 Pbn) sind.

Die Tabelle 61 enthält die beschriebenen Zusammenhänge der Fähigkeiten im Bereich der Ernährung zum gesundheitlichen Wohlbefinden.

Tab. 61 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Ernährung und subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Chi-Quadrat-Test)

	einkaufen Urteil Betreuter				essen Urteil Betreuerin				kochen Urteil Betreuerin			
	Wohlbefinden (Urteil Interv.)				Wohlbefinden (Urteil Interv.)				Wohlbefinden (Urteil Betreut.)			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	3	11.5	3	3o.o	11	42.3	2	2o.o	3	13.o	o	o.o
eher leicht 2	6	23.1	2	2o.o	5	19.2	7	7o.o	1	4.3	5	38.5
weder-noch 3	1	3.8	3	3o.o	6	23.1	1	1o.o	6	26.1	3	23.1
eher schwer 4	4	15.4	1	1o.o	4	15.4	o	o.o	8	34.8	3	23.1
sehr schwer 5	12	46.2	1	1o.o	o	o.o	o	o.o	5	21.7	2	15.4
Summe	26	1oo.o	1o	1oo.o	26	1oo.o	1o	1oo.o	23	99.9	13	1oo.1
$\bar{x}$	3.62		2.5o		2.12		1.9o		3.48		3.15	
Chi-Quadrat	8.719				8.753				8.o7o			
df	4				3				4			
Signifikanz	o.o69(T)				o.o33(s)				o.o9o(T)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden/Urteil des Betreuten bzw. der Interviewerin Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders schlecht noch besonders gut
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Im Bereich der Ernährung sind es schließlich noch die jüngeren Befragten bis 77 Jahre, für die das Essen nach Meinung der Betreuerinnen tendentiell unproblematischer als für die älteren ist (vgl. Tab.62). Bei 85.o% (17 Pbn) der Jüngeren, aber nur bei 5o.o% (8 Pbn) der Älteren wird das Essen für eine einfache oder sehr einfache Tätigkeit gehalten.

Tab. 62 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Ernährung und Alter (Chi-Quadrat-Test)

	Essen Urteil Betreuerin			
	Alter			
	Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%
sehr leicht 1	9	45.o	4	25.o
eher leicht 2	8	4o.o	4	25.o
weder-noch 3	1	5.o	6	37.5
eher schwer 4	2	1o.o	2	12.5
sehr schwer 5	o	o.o	o	o.o
Summe	2o	1oo.o	16	1oo.o
$\bar{x}$	1.8o		2.38	
Chi-Quadrat	6.463			
df	3			
Signifikanz	o.o92(T)			

Alter Gr. 1: unterdurchschnittlich/bis einschließlich 77 Jahre
Gr. 2: überdurchschnittlich / ab einschließlich 78 Jahre

Der *Bereich der Gedächtnisleistungen* - soweit er durch die vorgegebenen Kompetenzaspekte erfaßt wird - weist zwei Beziehungen zu anderen Merkmalen auf. Zunächst antworten die jüngeren Probanden zu 89.5% (17 Pbn), für sie sei das Einnehmen erforderlicher Medizin sehr einfach, während nur 56.3% (9 Pbn) der älteren dieser Meinung sind. Allerdings verwischen sich die Unterschiede, wenn die Kategorien 'sehr leicht' und 'leicht' zusammengefaßt werden. Dennoch ist der Unterschied zwischen beiden Altersgruppen signifikant, und auch der günstigere Mittelwert der jüngeren Befragten spricht für deren größere Kompetenz beim Einnehmen der Medizin.

Die Gruppe mit schlechterer Schulbildung (kein Schulabschluß bzw. Volksschulabschluß) hält sich selbst tendentiell für kompetenter als die Betreuten mit besserer Bildung hinsichtlich der Fähigkeit, schnell gewünschte Gegenstände zu finden. Nur 14.3% (3 Pbn) der ersten Gruppe fällt dies schwer oder sehr schwer, während immerhin 4o.o% (6 Pbn) der zweiten eine entsprechende Aussage machen.

Beide Zusammenhänge sind in Tabelle 63 dargestellt.

Der *Bereich der Mobilität* schließlich ist zunächst zum Teil mit dem subjektiven Wohlbefinden der Befragten, sei es von ihnen selbst oder von den Interviewerinnen eingeschätzt, verbunden. Allerdings zeigen sich diese Beziehungen nur bei den gemäß Betreuerinnenurteil ermittelten Fähigkeiten.

Die Betreuerinnen sind der Meinung, es falle Probanden, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als unterdurchschnittlich gut bezeichnen, häufiger schwer oder sehr schwer, sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben oder sich sicher im Straßenverkehr zu Fuß zu bewegen (jeweils 65.2%/15 Pbn), als Befragten mit besserem gesundheitlichen Wohlbefinden (jeweils 38.5%/5 Pbn). Beide Unterschiede sind signifikant.

Tab. 63 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Gedächtnisleistungen und Alter bzw. Schulbildung (Chi-Quadrat-Test)

	nötige Medizin einnehmen Urteil Betreuter				schnell gewünschte Gegenstände finden Urteil Betreuter			
	Alter				Schulbildung			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	17	89.5	9	56.3	9	42.9	6	4o.o
eher leicht 2	1	5.3	5	31.3	6	28.6	o	o.o
weder-noch 3	o	o.o	2	12.5	3	14.3	3	2o.o
eher schwer 4	1	5.3	o	o.o	1	4.8	5	33.3
sehr schwer 5	o	o.o	o	o.o	2	9.5	1	6.7
Summe	19	1oo.1	16	1oo.1	21	1oo.1	15	1oo.o
$\bar{x}$	1.21		1.56		2.1o		2.67	
Chi-Quadrat	7.929				8.846			
df	3				4			
Signifikanz	o.o48(s)				o.o66(T)			

Alter Gr. 1: unterdurchschnittlich/bis einschließlich 77 Jahre
Gr. 2: überdurchschnittlich / ab einschließlich 78 Jahre

Schulbildung Gr. 1: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß
Gr. 2: mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium

Weiterhin erwarten die Betreuerinnen von den Befragten, denen die Interviewerinnen ein besseres gesundheitliches Wohlbefinden zuschreiben, weniger Schwierigkeiten (2o.o%/2 Pbn) beim Besuchemachen als von denen mit schlechter bewertetem Gesundheitszustand (53.8%/14 Pbn). Dieses Ergebnis ist tendentiell bedeutsam.

Alle drei Ergebnisse finden sich in Tabelle 64 .

Tab. 64 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Mobilität und dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden (Chi-Quadrat-Test)

	s.von d.Wohnung auf die Straße begeben Urteil Betreuerin				s.im Straßenverkehr zu Fuß zu bewegen Urteil Betreuerin				Besuche machen Urteil Betreuerin			
	Wohlbefinden Selbstbeurteilung				Wohlbefinden Selbstbeurteilung				Wohlbefinden Urt.d.Interviewers			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
sehr leicht 1	6	26.1	1	7.7	4	17.4	1	7.7	6	23.1	1	1o.o
eher leicht 2	2	8.7	7	53.8	4	17.4	2	15.4	4	15.4	3	3o.o
weder - noch 3	o	o.o	o	o.o	o	o.o	5	38.5	2	7.7	4	4o.o
eher schwer 4	9	39.1	2	15.4	8	34.8	2	15.4	6	23.1	o	o.o
sehr schwer 5	6	26.1	3	23.1	7	3o.4	3	23.1	8	3o.8	2	2o.o
Summe	23	1oo.o	13	1oo.o	23	1oo.o	13	1oo.1	26	1oo.1	1o	1oo.o
$\bar{x}$	3.3o		2.92		3.43		3.31		3.23		2.9o	
Chi-Quadrat	9.781				1o.716				8.561			
df	3				4				4			
Signifikanz	o.o21(s)				o.o31(s)				o.o74(T)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Als letztes ist das Empfangen von Besuch mit der Schulbildung tendentiell bedeutsam verbunden (vgl. Tab. 64). Hierzu äußert niemand aus der Gruppe mit besserer Schulbildung, d.h. zumindest mittlerer Reife, ihm falle es schwer, Besuch zu erhalten, während 28.6% (6 Pbn) der Personen mit geringerer Bildung dieser Auffassung sind. Weiterhin fällt der ersten Gruppe diese Tätigkeit zu 8o.o% (12 Pbn) leicht oder sehr leicht, der zweiten mit qualitativ niedrigerem Schulabschluß hingegen nur zu 47.6% (1o Pbn).

Tab. 64 : Zusammenhang zwischen Alltags-Kompetenz/Bereich der Mobilität und Schulbildung (Chi-Quadrat-Test)

	Besuche empfangen Urteil Betreuter			
	Schulbildung			
	Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%
sehr leicht 1	7	33.3	6	4o.o
eher leicht 2	3	14.3	6	4o.o
weder-noch 3	5	23.8	3	2o.o
eher schwer 4	6	28.6	o	o.o
sehr schwer 5	o	o.o	o	o.o
Summe	21	1oo.o	15	1oo.o
$\bar{x}$	2.48		1.8o	
Chi-Quadrat	6.765			
df	3			
Signifikanz	o.o8o(T)			

Schulbildung Gr. 1: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß
Gr. 2: mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in den untersuchten fünf Bereichen Körperpflege, Haushaltsführung, Ernährung, Gedächtnis und Mobilität sich insgesamt, jedoch nicht einheitlich für alle Bereiche, bedeutsame Beziehungen zwischen dem Ausmaß der Kompetenz im Selbst- und Fremdurteil und dem Alter, der Schulbildung, dem Familienstand, der Geschlechtszugehörigkeit, der Schichtzugehörigkeit sowie vornehmlich auch dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden im Selbst- und Fremdurteil feststellen lassen, dem hier offenbar eine tragende Rolle zufällt.

4.6.1.4. Veränderungen der Alltags-Kompetenz

Für die befragte Stichprobe ergeben sich von der ersten zur zweiten Exploration einige bedeutsame Veränderungen, soweit sie durch den verwendeten WILCOXON-Test (vgl. 4.1.) erfaßt werden.

Die folgende Tabelle 65 gibt einen Überblick über diese Ergebnisse hinsichtlich der von den Probanden selbst oder von ihren Betreuerinnen beurteilten 5 Bereiche der Alltags-Kompetenz. Hierbei sind jeweils die Anzahl der Verschlechterungen von Fähigkeiten in Richtung 'fällt sehr schwer', die Anzahl der Verbesserungen von Fähigkeiten in Richtung 'fällt sehr leicht' sowie die Anzahl unveränderter Fälle angegeben. Zur weiteren Erläuterung sind auch die arithmetischen Stichprobenmittelwerte für beide Befragungszeitpunkte aufgeführt. Bei den Angaben für die fremdbeurteilte Alltags-Kompetenz muß beachtet werden, daß hier nur 3o der insgesamt 36 Betreuten doppelt beurteilt wurden und die Betreuerinnen bei beiden Zeitpunkten nicht immer identisch waren (vgl. 2.4.4.).

Der *Bereich der Mobilität* ist besonders stark von Verschlechterungen betroffen, wie Tab.65 zeigt.

Tab. 65 : Veränderungen der Alltags-Kompetenz (Wilcoxon-Test)

		n	n-	n+	n_o	z	Sign.	$\bar{x}_1$	$\bar{x}_2$
s. ankleiden	S	36	2o	3	13	-3.422	o.oo1ss	1.86	2.89
WC benutzen	S	36	15	4	17	-3.o99	o.oo2ss	1.53	2.25
	F	3o	1o	4	16	-1.664	o.o96T	2.25	2.47
sich waschen	S	36	19	5	12	-2.6oo	o.oo9ss	2.17	2.86
	F	3o	14	6	1o	-1.68o	o.o93T	2.56	2.8o
sich duschen	S	36	17	4	15	-2.642	o.oo8ss	2.42	3.14
baden	S	36	19	5	12	-2.9oo	o.oo4ss	2.56	3.44
	F	3o	11	3	16	-2.166	o.o3os	3.28	3.7o
sich kämmen	S	36	17	3	16	-3.136	o.oo2ss	1.69	2.33
Mediz.nehmen	S	35	1o	5	2o	-1.7o4	o.o88T	1.37	1.75
Staub wischen	S	36	2o	4	12	-3.o29	o.oo2ss	2.oo	2.92
	F	3o	4	17	9	-2.416	o.o16s	3.44	2.9o
Wäsche wasch.	S	36	16	6	14	-2.354	o.o19s	3.14	3.56
m.Geld umgeh.	S	36	13	3	2o	-1.965	o.o49s	1.47	1.94
s.sicher in Wohn. bewegen	S	36	13	6	17	-1.67o	o.o95T	1.75	2.11
v.Wohnung auf Straße begeb.	S	36	15	4	17	-2.777	o.oo5ss	2.78	3.33
i.Straßenverkehr bewegen	S	36	15	5	16	-1.96o	o.o5os	3.19	3.61
Verkehrsmittel benutz.	S	36	17	3	16	-2.445	o.o14s	3.22	3.72
Besuch empf.	S	36	11	5	2o	-2.223	o.o26s	2.19	2.58
Besuch mach.	S	36	14	4	18	-2.591	o.o1oss	2.86	3.33

Erläuterungen:

n = Anzahl Probanden
n- = Anzahl Verschlechterungen in Richtung 'fällt sehr schwer'
n+ = Anzahl Verbesserungen in Richtung 'fällt sehr leicht'
n_o = Anzahl gleichbleibender Fälle (ties)

$\bar{x}_1$ bzw. $\bar{x}_2$ = arithmetischer Mittelwert 1. bzw. 2. Befragung
S = Selbstbeurteilung durch die Probanden
F = Fremdbeurteilung durch die Betreuerinnen

Skala Alltags-Kompetenz:
1 = sehr leicht, 2 = eher leicht, 3 = weder besonders leicht noch besonders schwer, 4 = eher schwer, 5 = sehr schwer

Für alle 6 Aktivitäten dieses Bereiches ergeben sich nach Urteil der Betreuten bedeutsame Veränderungen im Sinne einer geringeren Mobilität bei der zweiten Befragung. Hiernach wird es für sie sehr signifikant problematischer, sich von der Wohnung auf die Straße zu begeben (15 Verschlechterungen/41.7% vs. 4 Verbesserungen/11.1%) bzw. Besuche zu machen (14 Verschlechterungen/38.9% vs. 4 Verbesserungen/11.1%). Signifikant schlechtere Ergebnisse zeigen sich für das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel (17 Verschlechterungen/47.2% vs. 3 Verbesserungen/8.3%), des Empfangens von Besuch (11 Verschlechterungen/3o.6% vs. 5 Verbesserungen/13.9%) und des sicheren Bewegens im Straßenverkehr (15 Verschlechterungen/41.7% vs. 5 Verbesserungen/13.9%). Tendentiell nimmt die Kompetenz, sich sicher in der eigenen Wohnung zu bewegen, ab (13 Verschlechterungen/36.1% vs. 6 Verbesserungen/16.7%). So stehen sich hier eine Kompetenzverringerung hinsichtlich der Mobilität in 11 bis 17 Fällen (3o.6% bis 47.2%) und eine Verbesserung der Fähigkeiten in nur 3 bis 6 Fällen (8.3% bis 16.7%) gegenüber. Auch den arithmetischen Stichprobenmittelwerten ist dieser Kompetenzrückgang bei der Mobilität zu entnehmen.

Die fremdbeurteilte Mobilität ändert sich im Gegensatz zu den bisher geschilderten Eigenurteilen der Betreuten nicht bedeutsam. Auch die arithmetischen Stichprobenmittelwerte für die 3o doppelt beurteilten Probanden unterscheiden sich kaum von der ersten zur zweiten Befragung.

Wie aus Tabelle 65 zu ersehen, ergeben sich auch für den *Bereich der Körperpflege* zahlreiche bedeutsame Verschlechterungen. Danach haben die Probanden im Eigenurteil zum Zeitpunkt der zweiten Befragung sehr signifikant mehr Schwierigkeiten, sich anzukleiden (2o Verschlechterungen/55.6% vs. 3 Verbesserungen/8.3%), sich zu waschen bzw. zu baden (jeweils 19 Verschlechterungen/52.8% vs. 5 Verbesserungen/13.9%), sich zu kämmen/rasieren

(17 Verschlechterungen/47.2% vs. 3 Verbesserungen/8.3%), zu duschen (17 Verschlechterungen/47.2% vs. 4 Verbesserungen/11.1%) oder das WC zu benutzen (15 Verschlechterungen/41.7% vs. 4 Verbesserungen/11.1%). Bei diesen Körperpflegeaktivitäten stehen somit Verschlechterungen bei 15 bis 2o Personen (41.7% bis 55.6% der Gesamtstichprobe) auf der einen Seite nur Verbesserungen in 3 bis 5 Fällen (8.3% bis 13.9% der Gesamtstichprobe) auf der anderen Seite gegenüber. Entsprechend ändern sich auch die arithmetischen Mittelwerte der selbstbeurteilten Kompetenz zur Körperpflege von der ersten zur zweiten Befragung stets in Richtung größerer Schwierigkeiten - im Falle des Anziehens z.B. sogar um eine ganze Stufe.

Unberührt von bedeutsamen Veränderungen bleiben im Urteil der betreuten Senioren die drei Aktivitäten 'sich das Haar waschen', 'Nagelpflege' und 'Fußpflege', die für sie bereits beim ersten Befragungsdurchgang im Bereich der Körperpflege am problematischsten waren.

Nach dem Urteil der Betreuerinnen ändern sich hinsichtlich der Körperpflege nur 3 Tätigkeiten bedeutsam von der ersten zur zweiten Befragung, und zwar ebenfalls im Sinne von Verschlechterungen. Tendentiell geringer wird danach die Kompetenz der 3o beurteilten Probanden zum WC-Benutzen (1o Verschlechterungen/33.3% vs. 4 Verbesserungen/13.3%) und zum Waschen (14 Verschlechterungen/46.7% vs. 6 Verbesserungen/2o.o%). Signifikant ist die Verschlechterung der fremdbeurteilten Fähigkeit zum Baden (11 Verschlechterungen/36.7% vs. 3 Verbesserungen/1o.o%). Die übrigen Kompetenzen im Bereich der Körperpflege hingegen verändern sich bei den 3o doppelt beurteilten Betreuten nach Meinung der Außendienstmitarbeiterinnen nicht bedeutsam.

Der *Bereich der Haushaltsführung* bleibt im Urteil der Betreuten und ihrer Betreuerinnen nahezu unberührt von Veränderungen der Kompetenz (vgl. Tab.65).

Im Selbsturteil der Probanden ergeben zum Zeitpunkt der zweiten Befragung sich lediglich für das Wäschewaschen signifikant (16 Verschlechterungen/44.4% vs. 6 Verbesserungen/16.7%, sowie für das Staubwischen sehr signifikant (2o Verschlechterungen/ 55.6% vs. 4 Verbesserungen/11.1%) grössere Probleme bei diesen Tätigkeiten. Hingegen sehen die Betreuerinnen gerade beim Staubwischen eine sehr signifikante Zunahme von Kompetenz (4 Verschlechterungen/13.3% vs. 17 Verbesserungen/56.7%) - im übrigen die einzige Kompetenzverbesserung bei allen überprüften Fähigkeiten. Die arithmetischen Mittelwerte bestätigen diese gegenläufige Beurteilung und gleichen sich zum Zeitpunkt der zweiten Exploration aneinander an, während sie bei der ersten Befragung deutlich voneinander abwichen.

Der *Bereich der Gedächtnisleistungen* mit seinen 3 Fähigkeiten ist insofern von bedeutsamen Kompetenzveränderungen betroffen, als die Betreuten selbst bei der zweiten Befragung mehr Probleme dabei angeben, sicher mit Geld umzugehen (13 Verschlechterungen/36.1% vs. 3 Verbesserungen/8.3%) oder die erforderliche Medizin einzunehmen (1o Verschlechterungen/28.6% vs. 5 Verbesserungen/14.3%). Die Unterschiede sind signifikant bzw. tendentiell. Für die Fähigkeit, schnell gewünschte Gegenstände zu finden, findet sich keine bedeutsame Veränderung. Die Betreuerinnen sehen bei diesen drei Gedächtnisleistungen keinerlei überzufällige Veränderung der Kompetenz. Die geschilderten Ergebnisse sind der Tabelle 65 zu entnehmen.

Der *Bereich der Ernährung* schließlich bleibt von Kompetenzveränderungen sowohl im Urteil der betreuten Personen selbst als auch in der Einschätzung der Betreuerinnen unberührt (vgl.

Tab. 65). Einkaufen, Kochen und Essen werden beim ersten und zweiten Befragungsdurchgang nur unbedeutsam verschieden beurteilt.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse zur Entwicklung der überprüften Alltags-Kompetenz von der ersten zur zweiten Befragung, daß vor allem die Selbsteinschätzung der Probanden von Veränderungen betroffen ist. Über die Hälfte der 28 abgefragten Kompetenzen unterliegen hierbei einer Verschlechterung, d.h. das Selbstbild der betreuten Personen hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung wird in beträchtlichem Umfang negativer.

Die Veränderungen sind vor allem im Bereich der Mobilität und der Körperpflege zu finden. Zumeist handelt es sich hierbei um Tätigkeiten, die bei der ersten Befragung als einfach bis mittelschwierig empfunden worden waren. Die zu diesem Zeitpunkt schon als besonders problematisch eingeschätzten Tätigkeiten hingegen z.B. aus dem Bereich der Haushaltsführung bleiben es auch in der zweiten Befragung.

Im Gegensatz zur Selbstbeurteilung der Betreuten ergeben sich für die fremdbeurteilten Kompetenzen kaum bedeutsame Veränderungen von der ersten zur zweiten Befragung. Nur 4 der 28 überprüften Fähigkeiten weisen einen überzufälligen Unterschied zwischen beiden Zeitpunkten auf - drei hiervon im Sinne einer Verschlechterung und eine im Sinne einer Verbesserung.

Der Unterschied zwischen dem Entwicklungsverlauf der selbstbeurteilten und der fremdbeurteilten Kompetenz kann auf unterschiedliche Weise gedeutet werden. Zum einen wäre denkbar, daß sich das Selbstbild der Betreuten bezüglich ihrer Fähigkeiten von der ersten zur zweiten Befragung dem realistischeren Fremdbild angepaßt hat. Es könnte aber auch sein, daß durch die zum Teil nicht identischen Betreuerinnen bei der ersten und der

zweiten Befragung Entwicklungsverläufe nicht adäquat beurteilt werden konnten. Hierfür sprechen die oftmals nahezu gleichen Anteile von Verbesserungen und Verschlechterungen, die sich dann im Endeffekt aufheben. Im zweiten Falle wäre dann die selbstbeurteilte Kompetenz als die aussagekräftigere zu betrachten, und damit eine Verschlechterung der Fähigkeiten bei den Betreuten wahrscheinlich.

4.6.2. ALLGEMEINE GESUNDHEITLICHE ASPEKTE DER KOMPETENZ

Zu gesundheitlichen Aspekten der vorhandenen Kompetenz in der untersuchten Stichprobe wurden sehr unterschiedliche Merkmale erhoben. Hierzu gehörten sowohl subjektive und objektive Angaben durch die Befragten selbst als auch Fremdbeurteilungen durch Interviewerinnen oder Betreuerinnen. Auf diese Weise konnten gesundheitliche Grundlagen einer kompetenten Lebensführung festgehalten werden.

4.6.2.1. Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Unter den gesundheitlichen Aspekten der Kompetenz erscheint das *subjektive gesundheitliche Wohlbefinden* besonders wichtig, da diesem oftmals eine größere Bedeutung als dem objektiven Gesundheitszustand zukommt (vgl. 1.3.3.1.). Das erlebte Wohlbefinden der Probanden wurde in dieser Studie sowohl von diesen selbst als auch in der Fremdbeurteilung von der jeweiligen Interviewerin und Betreuerin auf einer 5-stufigen Intervallskala eingeschätzt. Die Ergebnisse sind der folgenden Tabelle 66 zu entnehmen.

Tab. 66 : Subjektives gesundheitliches Wohlbefinden

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden		Betreute f	Betreute %	Interviewer f	Interviewer %	Betreuerinnen f	Betreuerinnen %
sehr schlecht	1	2	5.6	1	2.8	3	8.3
eher schlecht	2	4	11.1	7	19.4	16	44.4
weder - noch	3	17	47.2	18	5o.o	13	36.1
eher gut	4	12	33.3	9	25.o	4	11.1
sehr gut	5	1	2.8	1	2.8	o	o.o
Summe		36	1oo.o	36	1oo.o	36	99.9
$\bar{x}$		3.17		3.o6		2.5o	

Insgesamt wird deutlich, daß die Betreuten selbst die günstigste Darstellung des Gesundheitszustandes geben und die Interviewerinnen ihnen in ihrem Urteil recht ähneln, während die Betreuerinnen das gesundheitliche Wohlbefinden der Betreuten am schlechtesten bewerten.

Nach eigener Darstellung halten über ein Drittel der Befragten (36.1%/13 Pbn) ihr gesundheitliches Wohlbefinden für eher gut oder in einem einzigen Falle sogar für sehr gut, und nur 16.7% (6 Pbn) finden es eher schlecht oder sehr schlecht. Die größte Gruppe der Betreuten (47.2%/17 Pbn) mag sich weder zu der einen noch zu der anderen Beurteilung zählen.

Die Gruppe derjenigen, denen es laut der Fremdbeurteilung durch beide Interviewerinnen oder die 21 Betreuerinnen eher oder sehr gut geht, schrumpft dabei auf 27.8% (1o Pbn) nach Aussage der Interviewerinnen bzw. sogar auf 11.1% (4 Pbn) nach Angaben der Betreuerinnen. Hingegen wächst der Anteil derjenigen Senioren, deren Wohlbefinden für eher oder sehr schlecht gehalten wird, auf 22.2% (8 Pbn) bei den Interviewerinnen und ganz erheblich auf 52.8% (19 Pbn) bei den Betreuerinnen.

Insgesamt kann aufgrund dieser Aussagen festgehalten werden, daß maximal ein Drittel der Befragten sich gesundheitlich wohlzufühlen scheint, während die anderen mehr oder weniger Probleme hiermit haben dürften.

Neben dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden liegen weitere Beschreibungen des Gesundheitszustandes durch die Befragten vor. 86.1% (31 Pbn) von ihnen befinden sich in *ständiger ärztlicher Behandlung*, und es werden durchschnittlich 3.25 *Medikamentensorten* täglich eingenommen. Nur 8.3% (3 Pbn) geben an, keine Arzneimittel zu verwenden, während 27.8% (1o Pbn) sogar fünf oder mehr am Tage zu sich nehmen.

Im letzten Jahr vor der ersten Befragung waren 25.o% (9 Pbn) der Stichprobe *bettlägerig* gewesen, 8.3% (3 Pbn) mehr als ein halbes Jahr. Krankheitshalber mußten in diesem Zeitraum 13.9% (5 Pbn) sogar einen *Krankenhausaufenthalt* auf sich nehmen; die Aufenthaltsdauer lag zwischen 28 und 113 Tagen. Hingegen war mit 75.o% (27 Pbn) der Befragten ein sehr hoher Anteil der Stichprobe im vergangenen Jahr nicht bettlägerig gewesen.

Die *Erkrankungen*, unter denen die Befragten ihren Angaben zufolge leiden, können in folgende Kategorien eingeordnet werden (Mehrfachnennungen waren möglich):

Tab. 67 : Erkrankungen nach Angaben der Befragten

Art der Erkrankung	f	%
Herz- und Kreislauferkrankungen	2o	55.6
Erkrankungen der Verdauungsorgane	9	25.o
Wirbelsäulen- und Gelenk-erkrankungen	7	19.4
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)	6	16.7
Erkrankungen der Sinnesorgane	4	11.1
Lähmungen	4	11.1
Erkrankungen des Uro-Genitalsystems	3	8.3
Erkrankungen des Nervensystems und psychische Beeinträchtigungen	2	5.6
Erkrankungen des Respirationstraktes	2	5.6

(Mehrfachnennungen)

Danach sind es vor allem Herz- und Kreislauferkrankungen, die bei der untersuchten Stichprobe auftreten (55.6%/2o Pbn). Darüber hinausgehende Krankheiten werden nur von maximal einem Viertel der Befragten (9 Pbn) (Erkrankungen der Verdauungsorgane) benannt.

Weitere Angaben der Probanden beziehen sich auf *Behinderungen* ihrer Bewegungs-, Seh- und Hörfähigkeit. Die Aussagen hierzu, die auf einer 5-stufigen Intervallskala beruhen, sind der Tabelle 68 zu entnehmen.

Tab. 68 : Empfundene Behinderungen

	Bewegungs-behinderungen f	%	Seh-behinderungen f	%	Hör-behinderungen f	%
sehr stark 1	5	13.9	5	14.3	7	19.4
eher stark 2	11	3o.6	1o	28.6	5	13.9
weder - noch 3	2	5.6	9	25.7	3	8.3
eher gering 4	7	19.4	6	17.1	2	5.6
sehr gering 5	11	3o.6	5	14.3	19	52.8
Summe	36	1oo.1	35	1oo.o	36	1oo.o
$\bar{x}$	3.22		2.89		3.58	

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß sich sehr starke bzw. starke Bewegungsbehinderungen gegenüber eher geringen bzw. geringen Behinderungen in etwa die Waage halten (44.5%/16 Pbn vs. 5o.o%/18 Pbn). Einen Gehstock o.ä. benutzen 38.9% (14 Pbn) der Stichprobe von 36 Befragten.

In ihrer Sehfähigkeit sehr stark (blind, fast blind) oder eher stark behindert fühlen sich 42.9% von insgesamt 35 antwortenden Befragten (15 Pbn), während 31.4% (11 Pbn) eher geringe oder geringe Behinderungen erleben. Allerdings benutzen alle Befragten eine Brille.

Von Hörbehinderungen in sehr starkem oder eher starkem Ausmaß sprechen genau ein Drittel der 36 Befragten (12 Pbn), während mit 58.3% (21 Pbn) über die Hälfte der Stichprobe hier eher geringe oder geringe Belastungen erleben. Ein Hörgerät benutzen 11.1% (4 Pbn).

Insgesamt fühlen sich jeweils etwa 3o-4o% der Befragten in ihrer Bewegungs-, Hör- oder Sehfähigkeit behindert. Die durchschnittlichen Angaben liegen jeweils bei einer mittleren Behinderung bzw. im Falle der Hörfähigkeit zwischen einer mittleren und eher geringen Behinderung.

Als weitere Angaben zu gesundheitlichen Aspekten der Kompetenz können die von den Probanden erlebten *Belastungen durch die Gesundheit bzw. durch Stimmungen, Depressionen u.ä.* festgehalten werden. Danach sind die 35 Befragten, die sich hierzu äußerten, durch ihre Gesundheit durchschnittlich etwas bis recht stark belastet. Immerhin 62.9% (22 Pbn) sprechen von einer recht starken oder sehr starken gesundheitlichen Belastung, während nur 22.9% (8 Pbn) keine oder geringe Probleme in dieser Beziehung erleben.

Speziell hinsichtlich der Probleme mit Stimmungen oder Depressionen finden sich jeweils 4o.o% (14 Pbn), die von keiner/geringer bzw. recht starker/sehr starker Belastung hierdurch

ausgehen. Der durchschnittliche Wert für die gesamte Stichprobe liegt bei einer mittleren Problematik (etwas Belastung).

Tab. 69 : Belastungen durch die Gesundheit bzw. durch Stimmungen, Depressionen u.ä.

		Belastung durch			
		Gesundheit		Stimmungen, Depressionen u.ä.	
		f	%	f	%
keine Belastung	1	3	8.6	7	2o.o
wenig Belastung	2	5	14.3	7	2o.o
etwas Belastung	3	5	14.3	7	2o.o
recht starke Belastung	4	9	25.7	5	14.3
sehr starke Belastung	5	13	37.1	9	25.7
Summe		35	1oo.o	35	1oo.o
$\bar{x}$		3.69		3.o6	

Die Betreuerinnen und Interviewerinnen wurden zusätzlich noch um eine Beurteilung der zeitlichen und räumlichen Orientierungsfähigkeit sowie den generellen Realitätsbezug der Betreuten gebeten. Hierzu stand ihnen jeweils eine 5-stufige Intervallskala zur Verfügung.

Für die *zeitliche Orientierungsfähigkeit* (Orientierung über Datum, Termine, Tageszeit etc.) finden sich folgende Ergebnisse:

Tab. 7o : Zeitliche Orientierungsfähigkeit (Fremdbeurteilung)

		Interviewerin f	Interviewerin %	Betreuerin f	Betreuerin %
sehr schlecht	1	1	2.8	o	o.o
eher schlecht	2	4	11.1	3	8.3
weder - noch	3	7	19.4	6	16.7
eher gut	4	4	11.1	1o	27.8
sehr gut	5	2o	55.6	17	47.2
Summe		36	1oo.o	36	1oo.o
$\bar{x}$		4.o6		4.14	

Danach ist nur eine kleine Minderheit der untersuchten Stichprobe zeitlich eher schlecht oder sehr schlecht orientiert (Interviewerinnen: 13.9%/5 Pbn; Betreuerinnen: 8.3%/3 Pbn). Hingegen glauben die Interviewerinnen von 66.7% (24 Pbn) und die Betreuerinnen von 75.o% (27 Pbn) der Betreuten, daß sie über eine eher gute oder sogar sehr gute zeitliche Orientierungsfähigkeit verfügen.

Die *räumliche Orientierungsfähigkeit* (z.B. Entfernungen schätzen, sich in der Wohnung zurechtfinden) wird ähnlich positiv wie die zeitliche beurteilt. Wiederum sind die Probanden mit eher schlechter oder sehr schlechter räumlicher Orientierung in der absoluten Minderzahl: Es handelt sich hierbei laut Interviewerurteil um einen einzigen Befragten, laut Betreuerinnenurteil

um vier Probanden (11.1%). Hingegen wird der Mehrheit eine eher gute oder sogar sehr gute räumliche Orientierungsfähigkeit zugesprochen (Interviewerinnen: 75.o%/27 Pbn; Betreuerinnen: 61.1%/ 22 Pbn).

Tab. 71 : Räumliche Orientierungsfähigkeit (Fremdbeurteilung)

		Interviewerin f	%	Betreuerin f	%
sehr schlecht	1	1	2.8	2	5.6
eher schlecht	2	o	o.o	2	5.6
weder - noch	3	8	22.2	1o	27.8
eher gut	4	7	19.4	8	22.2
sehr gut	5	2o	55.6	14	38.9
Summe		36	1oo.o	36	1oo.1
$\bar{x}$		4.25		3.83	

Der *generelle Realitätsbezug* im Sinne einer Orientierung über das Tagesgeschehen in kommunaler, politischer o.ä. Hinsicht scheint in der untersuchten Stichprobe ebenfalls recht gut zu sein. Während nur 19.4% (7 Pbn) nach Meinung der Interviewerinnen bzw. 13.9% (5 Pbn) laut Betreuerinnen eher schlecht oder sehr schlecht auf diesem Sektor orientiert sind, dürfte der generelle Realitätsbezug bei über zwei Drittel der Betreuten eher gut oder sehr gut sein: Jeweils 72.2% (26 Pbn) sind nach Fremdbeurteilung von Interviewerinnen und Betreuerinnen hierzu zu rechnen.

Insgesamt kann damit festgehalten werden, daß von den befragten Probanden nach Meinung von Interviewerinnen und Betreuerin-

Tab. 72 : Genereller Realitätsbezug (Fremdbeurteilung)

		Interviewerin f	%	Betreuerin f	%
sehr schlecht	1	1	2.8	1	2.8
eher schlecht	2	6	16.7	4	11.1
weder - noch	3	3	8.3	5	13.9
eher gut	4	13	36.1	14	38.9
sehr gut	5	13	36.1	12	33.3
Summe		36	1oo.o	36	1oo.o
$\bar{x}$		3.86		3.89	

nen nur wenige Schwierigkeiten mit der Orientierungsfähigkeit haben - diese Gruppe umfaßt maximal 2o% der Stichprobe.

Den weitaus meisten Betreuten wird hingegen ein gutes Orientierungsvermögen als ein Zeichen für recht gute geistige Gesundheit zugebilligt; so liegen die durchschnittlichen Bewertungen durch Interviewerinnen und Betreuerinnen hierfür bei 'eher gut'.

Als letztes Merkmal aus dem Gesundheitsbereich liegt noch die von den Betreuten und von den Betreuerinnen eingeschätzte *Hilfsbedürftigkeit bei Freizeitaktivitäten* vor. Die 34 älteren Personen, die sich hierzu äußerten, meinen durchschnittlich, daß sie bei einigen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen sind - sie liegen mit ihrer Selbsteinschätzung recht genau zwischen den beiden Polen völliger Hilfsbedürftigkeit und völliger Selbständigkeit. 35.3% (12 Pbn) halten sich für überhaupt nicht oder nur bei wenigen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen, also für relativ un-

abhängig. Etwas mehr Befragte (44.1%/15 Pbn) glauben hingegen, bei ziemlich vielen Dingen oder sogar völlig auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, halten sich also bei Aktivitäten für durchweg abhängig. Die übrigen Befragten (2o.6%/7 Pbn) schätzen sich als zwischen diesen beiden Gruppen liegend ein.

Die Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit der 36 Betreuten durch ihre Betreuerinnen ist im Mittel nahezu identisch mit der Selbsteinschätzung. Allerdings sind die einzelnen Kategorien etwas anders als bei der Selbstbeurteilung verteilt. So werden mit nur 25.o% (9 Pbn) einerseits deutlich weniger Betreute als überhaupt nicht oder bei nur wenigen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen eingeschätzt. Andererseits sind es aber im Vergleich zum Urteil der Betreuten selbst auch weniger Senioren (38.9%/ 14 Pbn), die als ziemlich oder völlig von Hilfe abhängig angesehen werden. Dafür ist die mittlere Kategorie mit 36.1% (13 Pbn) deutlich stärker besetzt. Es kann also nicht gesagt werden, daß die Betreuerinnen die befragten älteren Menschen insgesamt als für bei Freizeitaktivitäten hilfsbedürftiger einschätzen als diese sich selbst.

Tab. 73 : Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten

Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten		Urteil Betreuter f	%	Urteil Betreuerin f	%
überhaupt nicht auf fremde Hilfe angewiesen	1	4	11.8	2	5.6
bei wenigen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen	2	8	23.5	7	19.4
bei einigen/mehreren Dingen auf fremde Hilfe angewiesen	3	7	2o.6	13	36.1
bei ziemlich vielen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen	4	9	26.5	11	3o.6
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	5	6	17.6	3	8.3
Summe		34	1oo.o	36	1oo.o
$\bar{x}$		3.15		3.17	

Zusammenfassend ist auszusagen, daß die Betreuten selbst ihren Gesundheitszustand am günstigsten einschätzen. Insgesamt fühlt sich die Stichprobe gesundheitlich durchschnittlich bis recht stark belastet, und über ein Drittel in ihrer Bewegungs-, Hör- oder Sehfähigkeit behindert. Die zeitliche und räumliche Orientierungsfähigkeit sowie der generelle Realitätsbezug auch im Sinne von Gedächtnisleistungen werden im Fremdurteil recht positiv bewertet.

4.6.2.2. Korrelate allgemeiner gesundheitlicher Aspekte der Kompetenz

Im folgenden werden Zusammenhänge des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens bzw. der übrigen Aspekte der gesundheitlichen Situation zu anderen Merkmalen der Stichprobe dargestellt.

4.6.2.2.1. Korrelate des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens

Um Zusammenhänge des gesundheitlichen Wohlbefindens der Befragten zu anderen Merkmalen beschreiben zu können, wird ein Vergleich der Gruppe mit überdurchschnittlichem gesundheitlichen Wohlbefinden (sehr gut, eher gut, weder besonders schlecht noch besonders gut) mit derjenigen von unterdurchschnittlich bewerteter Gesundheit (sehr schlecht, eher schlecht) anhand eines Chi-Quadrat-Tests (vgl. 4.1.) durchgeführt. Als Maß für das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden dienen die Selbstbeurteilung der Befragten und die Fremdbeurteilung durch die Interviewerinnen.

Die Fremdbeurteilung durch die Betreuerinnen kann für einen Gruppenvergleich aufgrund fehlender Differenzierung bei den Bewertungen (vgl. 4.6.2.1.) nicht herangezogen werden. Die Ergebnisse für die beiden anderen durchführbaren Vergleiche werden gemeinsam dargestellt, um die Richtung möglicher Zusammenhänge des gesundheitlichen Wohlbefindens zu anderen Merkmalen der Lebenssituation etc. anzudeuten. Resultate, die auf dem von den Probanden selbst beurteilten gesundheitlichen Wohlbefinden beruhen, werden hierbei durch ein 'S' gekennzeichnet, solche aufgrund des durch die Interviewerinnen fremdbeurteilten Befindens durch ein 'F'.

Zunächst ist das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden mit anderen Kennzeichen des *Gesundheitszustandes* verbunden. Danach fühlen sich die Probanden mit besserem gesundheitlichem Wohlbefinden verständlicherweise sehr signifikant (F) bzw. signifikant (S) durch Probleme mit der Gesundheit belastet und leiden auch tendentiell weniger unter Stimmungen, Depressionen etc. (F) als die anderen Befragten. Die Ergebnisse hierzu sind ausführlich unter 4.6.2.2.2. dargestellt.

Auch zwischen *Alltags-Kompetenz* als Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung und gesundheitlichem Wohlbefinden bestehen zahlreiche bedeutsame Verbindungen. Danach können Probanden mit besserem gesundheitlichen Wohlbefinden nach eigener Einschätzung signifikant leichter fegen (F) und tendentiell leichter einkaufen (F) im Vergleich zu denen mit schlechter beurteilter Gesundheit. Darüber hinaus fällt es den gesünderen Befragten nach Meinung der Betreuerinnen signifikant leichter zu essen (F), tendentiell leichter zu kochen (S) sowie signifikant leichter, sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben (S) und im Straßenverkehr zu Fuß zu bewegen (S). Schließlich haben sie laut Betreuerinnenurteil tendentiell weniger Schwierigkeiten, Besuche zu empfangen (S) sowie Besuche zu machen (S, F) als die

Betreuten mit unterdurchschnittlichem gesundheitlichen Wohlbefinden. Die genauen Ergebnisse hierzu sind unter Punkt 4.6.1.3. zu finden. Insgesamt erscheinen die Befragten mit für die Stichprobe überdurchschnittlich gutem Wohlbefinden bei der selbständigen Lebensführung, so wie sie durch die Alltags-Kompetenz-Liste (vgl. 4.6.1.1.) erfaßt wird, kompetenter als die übrigen vom Außendienst betreuten Befragten - ein Ergebnis, das nicht überrascht.

In Verbindung mit der Alltags-Kompetenz und den Belastungen durch die Gesundheit dürfte auch der tendentielle Zusammenhang zwischen dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden (F) und dem Anlaß für die *Aufnahme der Betreuung* durch den Außendienst des 'HAUS IM PARK' stehen. Aus Tabelle 74 wird ersichtlich, daß die Hauptursache, die die Probanden mit schlechterem Wohlbefinden (F) angeben, eine ständige Krankheit war (69.2%/ 18 Pbn), während diese Begründung bei denjenigen mit besserem Gesundheitszustand weniger in Erscheinung trat (3o.o%/3 Pbn) und das Nachlassen der Kräfte ebenso häufig genannt wurde (3o.o%/3 Pbn). Weiterhin scheinen bei der letzten Gruppe auch plötzliche Ereignisse, wie ein Krankenhausaufenthalt (2o.o%/ 2 Pbn) oder der Wegfall einer anderen Hilfe (1o.o%/1 Pb) wichtig gewesen zu sein.

Weitere Zusammenhänge weist das gesundheitliche Wohlbefinden der Befragten zu ihrer *sozio-ökonomischen Situation* auf. Zunächst ist der subjektive Gesundheitszustand (S) mit der Schicht (Urteil des Interviewers) tendentiell verbunden (vgl. Tab. 75). 45.5% (1o Pbn) der Befragten mit unterdurchschnittlichem subjektivem gesundheitlichem Wohlbefinden werden den unteren Schichten (Unterschicht, untere Mittelschicht) zugerechnet, hingegen nur 23.1% (3 Pbn) derjenigen mit besserer Gesundheit. Hingegen finden sich bei der ersten Gruppe 54.5% (12 Pbn), bei der zweiten jedoch 76.9% (1o Pbn) in den gehobenen Schichten (mittlere u. obere Mittelschicht).

Tab. 74 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Fremdbeurteilung des Interviewers) und Gründen für die Inanspruchnahme einer Betreuung (Chi-Quadrat-Test)

Gründe	Wohlbefinden			
	Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%
keine Angabe	3	11.5	1	1o.o
ständige eigene Krankheit bzw. Krankheit des Lebensgefährten	18	69.2	3	3o.o
Nachlassen der Kräfte	4	15.4	3	3o.o
eigener Krankenhausaufenthalt bzw. Krankenhausaufenthalt d. Lebensgef.	o	o.o	2	2o.o
Tod des Ehepartners	1	3.8	o	o.o
Wegfall andersweitiger Hilfen	o	o.o	1	1o.o
Summe	26	99.9	1o	1oo.o
Chi-Quadrat	1o.899			
df	5			
Signifikanz	o.o54 (T)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Interviewers Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht (unterdurchschnittlich)

Gr. 2: eher gut, sehr gut (überdurchschnittlich)

Tab. 75 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichem Wohlbefinden (Selbstbeurteilung) und Schichtzugehörigkeit (Urteil des Interviewers) (Chi-Quadrat-Test)

Schicht	Wohlbefinden			
	Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%
Unterschicht	2	9.1	3	23.1
untere Mittelschicht	8	36.4	o	o.o
Mittelschicht	9	4o.9	6	46.2
obere Mittelschicht	3	13.6	4	3o.8
Summe	22	1oo.o	13	1oo.1
Chi-Quadrat	7.o98			
df	3			
Signifikanz	o.o69(T)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Betreuten Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht (unterdurchschnittlich)
Gr. 2: eher gut, sehr gut (überdurchschnittlich)

In dieselbe Richtung wie die eben genannte Korrelation weist ein tendentiell bedeutsamer Gruppenvergleich zwischen den Probanden mit Volksschulabschluß bzw. ohne Schulabschluß und denjenigen mit höherer Bildung (zumindestens Realschulabschluß) hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustandes nach Beurteilung der Interviewerinnen (vgl. Tab. 76). Unter den Probanden mit qualitativ besserer Schulbildung findet sich niemand, dessen Wohlbefinden als sehr schlecht oder eher schlecht bezeichnet wird, während dies bei denen mit schlechterem Abschluß für immerhin 38.1% (8 Pbn) gilt.

Insgesamt deutet sich danach für die untersuchte Stichprobe ein positiver Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Wohlbefinden und sozio-ökonomischen Bedingungen an, der allerdings nur vereinzelt nachgewiesen werden kann.

Tab. 76 : Zusammenhang zwischen Schulabschluß und subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Fremdbeurteilung des Interviewers) (Chi-Quadrat-Test)

Wohlbefinden		Schulbildung Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
sehr schlecht	1	1	4.8	o	o.o
eher schlecht	2	7	33.3	o	o.o
weder - noch	3	8	38.1	1o	66.7
eher gut	4	4	19.o	5	33.3
sehr gut	5	1	4.8	o	o.o
Summe		21	1oo.o	15	1oo.o
$\bar{x}$		2.86		3.33	
Chi-Quadrat		8.571			
df		4			
Signifikanz		o.o74(T)			

Schulbildung Gr. 1: kein Schulabschluß, Volksschulabschluß
Gr. 2: mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium

Hinsichtlich der *Sozialkontakte* finden sich ebenfalls einige bedeutsame Zusammenhänge mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden, wie es die Interviewerinnen beurteilen. Zunächst betrifft dies die von den Betreuten selbst eingeschätzte Kontakthäufigkeit zu den Kindern (vgl. Tab.77). Diejenigen mit einem besser bewerteten gesundheitlichen Zustand (F) äußern wesentlich häufiger, ihre Kinder weder besonders selten noch besonders oft zu sehen (71.4%/5 Pbn), während die anderen Befragten mit schlechterem gesundheitlichen Wohlbefinden vor allem von sehr seltenen/eher seltenen oder aber sehr häufigen/eher häufigen Kontakten sprechen (jeweils 47.1%/8 Pbn). Insbesondere unter der Gruppe der Betreuten mit problematischerem Gesundheitszustand

scheint es danach sowohl Befragte zu geben, die (vielleicht aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden) recht oft zu ihren Kindern Kontakt haben, als auch andere, die möglicherweise recht einsam sind.

Dies legt ein weiterer Zusammenhang des gesundheitlichen Wohlbefindens (F) zu Problemen im sozialen Bereich nahe. Hierzu geäußerte offene Antworten zeigen, daß die Befragten mit schlechtem gesundheitlichen Wohlbefinden häufiger das Problem einer allgemeinen Einsamkeit erwähnen (3o.8%/8 Pbn) als diejenigen mit überdurchschnittlichem Wohlbefinden, von denen niemand Entsprechendes äußert. Beide beschriebenen Zusammenhänge sind signifikant.

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichem Wohlbefinden (F) und dem bei einer offenen Frage nach familiären Schwierigkeiten geäußerten Problem, aufgrund der räumlichen Entfernung zu wenig Kontakt zu den Kindern zu haben, ist nicht ohne weiteres in die bisherigen Ergebnisse zu integrieren (vgl. Tab.79). Hier sind es die Probanden mit besserem Wohlbefinden, die ein solches Problem häufiger äußerten (3o.o%/3 Pbn) als die übrigen mit schlechterer Gesundheit (3.8%/1 Pb).

Die anderen Fragen zur subjektiven Kontakthäufigkeit bzw. zu Belastungen durch die soziale Situation zeigen keine bedeutsame Beziehung zum subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden, so daß sich für den Bereich der Sozialkontakte keine eindeutige Interpretation ergibt.

Tab. 77 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Urteil des Interviewers) und subjektiver Kontakthäufigkeit zu den Kindern (Chi-Quadrat-Test)

Häufigkeit der Kontakte		Wohlbefinden Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
sehr selten	1	3	17.6	o	o.o
eher selten	2	5	29.4	1	14.3
weder - noch	3	1	5.9	5	71.4
eher oft	4	3	17.6	1	14.3
sehr oft	5	5	29.4	o	o.o
Summe		17	99.9	7	1oo.o
$\bar{x}$		3.12		3.oo	
Chi-Quadrat		12.3o2			
df		4			
Signifikanz		o.o16(s)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Interviewers) Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders schlecht noch besonders gut
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Tab. 78 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Urteil des Interviewers) und dem Problem allgemeiner Einsamkeit (Chi-Quadrat-Test)

Problem Einsamkeit vorhanden	Wohlbefinden Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
keine Angabe	18	69.2	1o	1oo.o
ja	8	3o.8	o	o.o
Summe	26	1oo.o	1o	1oo.o
Chi-Quadrat	3.956			
df	1			
Signifikanz	o.o47(s)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Interviewers) Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders schlecht noch besonders gut
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Tab. 79: Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Fremdbeurteilung des Interviewers) und dem Problem, daß aufgrund der räumlichen Entfernung zu wenig Kontakte zu den Kindern stattfinden (Chi-Quadrat-Test)

familiäres Problem vorhanden	Wohlbefinden Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
keine Angabe	25	96.2	7	7o.o
ja	1	3.8	3	3o.o
Summe	26	1oo.o	1o	1oo.o
Chi-Quadrat	5.oo2			
df	1			
Signifikanz	o.o26(s)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Interviewers) Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Mehrere Beziehungen des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens finden sich zur *Persönlichkeit* der Betreuten, wie sie die Betreuerinnen auf einem Persönlichkeitsprofil (vgl. 4.5.1.) beurteilen.

Hiernach ist vor allem die Merkmalsdimension 'empfindet sich als wertlos vs. empfindet sich als wertvoll' mit dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden (vgl. Tab.8o) verbunden; sie weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem von den Befragten selbst beurteilten und einen tendentiellen hinsichtlich des von den Interviewerinnen fremdbeurteilten Gesundheitszustandes auf. Beide Male scheinen sich die Befragten mit besserem Wohlbefinden stärker als diejenigen mit schlechterem Gesundheitszustand als wertvoll zu empfinden; 8o.o% oder 8 Probanden (F) bzw. 84.6% oder 11 Probanden (S) von ihnen werden entsprechend eingeschätzt, während es bei den gesundheitlich belasteteren Befragten nur 57.7% oder 15 Probanden (F) bzw. 52.2% oder 12 Probanden (S) sind.

Weiterhin schätzen die Mitarbeiterinnen des Außendienstes niemanden von den Betreuten mit überdurchschnittlichem Wohlbefinden (S) als wehleidig ein, hingegen 39.1% (9 Pbn) aus der Gruppe mit schlechterer Gesundheit. Darüber hinaus sehen sie bei der gesünderen Gruppe (S) ein weitaus geringeres Bedürfnis, sich hilfsbedürftiger zu geben, als sie wirklich sind (7.7%/ 1 Pb), während sie dies von nahezu der Hälfte der Befragten mit schlechterem Wohlbefinden (43.5%/1o Pbn) annehmen. Beide beschriebenen Unterschiede sind tendentiell bedeutsam (vgl. Tab.81).

Tab. 8o : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden und der Merkmalsdimension 'empfindet sich als wertlos vs. empfindet sich als wertvoll' (Urteil der Betreuerinnen) (Chi-Quadrat-Test)

		Wohlbefinden Selbstbeurteilung				Wohlbefinden Urt.d.Interviewers			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
empfindet sich als wertlos	1	1	4.3	o	o.o	1	3.8	o	o.o
	2	9	39.1	o	o.o	9	34.6	o	o.o
	3	1	4.3	2	15.4	1	3.8	2	2o.o
	4	6	26.1	8	61.5	8	3o.8	6	6o.o
empfindet sich als wertvoll	5	6	26.1	3	23.1	7	26.9	2	2o.o
Summe		23	99.9	13	1oo.o	26	99.9	1o	1oo.o
$\bar{x}$		3.3o		4.o8		3.42		4.oo	
Chi-Quadrat		9.58o				7.833			
df		4				4			
Signifikanz		o.o49(s)				o.o99(T)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Tab. 81 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Selbstbeurteilung) und den Merkmalsdimensionen 'tapfer vs. wehleidig' bzw. 'will nicht mehr Hilfe als unbedingt nötig vs. gibt sich hilfsbedürftiger, als er/sie vermutlich ist' (Urteil der Betreuerinnen) (Chi-Quadrat-Test)

	tapfer (1) vs. wehleidig (5)		nicht mehr Hilfe (1) vs. hilfsbedürftiger(5)a.nötig	
	Wohlbefinden		Wohlbefinden	
	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 1	Gr. 2
	f %	f %	f %	f %
1	7 3o.4	7 53.8	6 26.1	4 3o.8
2	7 3o.4	7 38.5	7 3o.4	8 61.5
3	o o.o	1 7.7	o o.o	o o.o
4	5 21.7	o o.o	2 8.7	1 7.7
5	4 17.4	o o.o	8 34.8	o o.o
Summe	23 99.9	13 1oo.o	23 1oo.o	13 1oo.o
$\bar{x}$	2.65	1.54	2.96	1.85
Chi-Quadrat	8.187		6.526	
df	4		3	
Signifikanz	o.o86(T)		o.o89(T)	

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Betreuten) Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Während die Betreuten mit gesundheitlich schlechterem Wohlbefinden bei den bisher genannten Eigenschaften von den Betreuerinnen ungünstiger als die anderen beurteilt werden, ist dies für die Merkmalsdimension 'lehnt den anderen ab vs. akzeptiert den anderen/nimmt ihn an' umgekehrt. Hier kennzeichnen die Außendienstmitarbeiterinnen die gesundheitlich belastetere Gruppe (F) als tendentiell stärker akzeptierend (88.5%/23 Pbn) im

Vergleich zu derjenigen mit besserem Wohlbefinden (6o.o%/ 6 Pbn).

Insgesamt deutet sich in den beschriebenen Ergebnissen an, daß die Betreuerinnen die Befragten mit schlechterem Wohlbefinden im Vergleich zu den übrigen Betreuten eher als hilfsbedürftig - zum Teil sogar übertrieben hilfsbedürftig - und weniger selbstbewußt erleben. Gleichzeitig fühlen sie sich aber möglicherweise stärker von diesen Betreuten akzeptiert.

Im Bereich der *Freizeitinteressen und -aktivitäten* gibt es im Vergleich zu den zahlreichen vorgegebenen Freizeitmöglichkeiten (vgl. 4.3.1.) nur wenige bedeutsame Beziehungen zum subjektiven Gesundheitszustand.

Zum einen ist das Interesse an Gartenarbeit bei den Befragten mit überdurchschnittlichem Wohlbefinden (F) (die eine entsprechende Tätigkeit wohl auch eher ausüben können) sehr signifikant stärker ausgeprägt als bei denen mit schlechter bewerteter Gesundheit. Von der ersten Gruppe bekunden nur 6o.o% (6 Pbn) ein eher geringes oder sehr geringes Interesse hieran, von der zweiten mit 92.4% (24 Pbn) hingegen nahezu alle.

Ähnliches wie für die Gartenarbeit gilt für das Interesse am Besuch politischer Veranstaltungen. Auch hier sind es die Befragten mit schlechterem gesundheitlichem Wohlbefinden (S), die mit 91.3% (21 Pbn) eher geringem/sehr geringem Interesse tendentiell weniger Bereitschaft hierzu zeigen als die gesundheitlich weniger belasteten (61.5%/8 Pbn).

Die genannten Ergebnisse sind der Tabelle 82 zu entnehmen.

Die Häufigkeit, mit der Geselligkeiten oder kulturelle Veranstaltungen besucht werden, hängt ebenfalls tendentiell bzw. signifikant mit dem gesundheitlichem Wohlbefinden zusammen

(vgl. Tab.83). Probanden mit besserem gesundheitlichen Befinden (S) besuchen Geselligkeiten zu 3o.7% (4 Pbn) zumindestens gelegentlich, dies gilt hingegen für niemanden aus der Gruppe mit schlechter bewerteter Gesundheit. Ebenso ist die gesündere Gruppe (F) auch zu 5o.o% (5 Pbn) zumindestens gelegentlich bei kulturellen Veranstaltungen zu finden, die andere Gruppe nur zu 19.2%.

Tab. 82 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden und Freizeitinteressen (Chi-Quadrat-Test)

Interesse		Besuch politischer Veranstaltungen				Gartenarbeit			
		Wohlbefinden Selbstbeurteilung				Wohlbefinden Urt.d.Interviewers			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
sehr gering	1	19	82.6	8	61.5	24	92.3	5	5o.o
eher gering	2	2	8.7	o	o.o	o	o.o	1	1o.o
mittelmäßig	3	o	o.o	2	15.4	o	o.o	3	3o.o
eher stark	4	o	o.o	o	o.o	2	7.7	1	1o.o
sehr stark	5	2	8.7	3	23.1	o	o.o	o	o.o
Summe		23	1oo.o	13	1oo.o	26	1oo.o	1o	1oo.o
$\bar{x}$		1.43		2.23		1.23		2.oo	
Chi-Quadrat		6.397				12.o51			
df		3				3			
Signifikanz		o.o95(T)				o.oo8(ss)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Tab. 83 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden und Freizeitaktivitäten (Chi-Quadrat-Test)

Häufigkeit der Aktivität		Besuch von Geselligkeiten				Besuch von kulturellen Veranstaltungen				Radiohören			
		Wohlbefinden Selbstbeurteilung				Wohlbefinden Urt.d.Interviewers				Wohlbefinden Urt.d.Interviewers			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
nie	1	15	65.2	6	46.2	18	69.2	5	5o.o	2	7.7	2	2o.o
selten	2	8	34.8	3	23.1	3	11.5	o	o.o	4	15.4	o	o.o
gelegentlich	3	o	o.o	1	7.7	o	o.o	3	3o.o	3	11.5	4	4o.o
öfter	4	o	o.o	2	15.4	4	15.4	o	o.o	o	o.o	2	2o.o
sehr oft	5	o	o.o	1	7.7	1	3.8	2	2o.o	17	65.4	2	2o.o
Summe		23	1oo.o	13	1oo.1	26	99.9	1o	1oo.o	26	1oo.o	1o	1oo.o
$\bar{x}$		1.35		2.15		1.73		2.4o		4.oo		3.2o	
Chi-Quadrat		7.967				13.172				13.55o			
df		4				4				4			
Signifikanz		o.o94(T)				o.o11(s)				o.olo(ss)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Während die Befragten mit überdurchschnittlichem Gesundheitszustand somit aktiver bei den genannten Freizeitaktivitäten erscheinen, gilt für das Radiohören eine umgekehrte Beziehung. Hier sind es diejenigen mit schlechterem Wohlbefinden (F), die zu 65.4% (17 Pbn) dies ihrer Meinung nach sehr oft tun, während sich nur 2o.o% (2 Pbn) der gesundheitlich weniger belasteten Betreuten entsprechend äußern. Entsprechend liegt der Mittelwert der ersten Gruppe bei der Antwortkategorie 'recht oft', bei der zweiten hingegen bei 'gelegentlich' (vgl. Tab. 83).

Die wenigen Ergebnisse aus dem Freizeitbereich deuten darauf hin, daß ein besserer Gesundheitszustand möglicherweise mit einigen stärkeren Interessen bzw. Aktivitäten außerhalb des Hauses verbunden sein könnte.

Als letztes zeigen sich noch Zusammenhänge zwischen gesundheitlichem Wohlbefinden und der *Wohnsituation*. Bei der offenen Frage nach Problemen mit der Wohnsituation äußern sich die Probanden mit besserem Gesundheitszustand (S) häufiger dahingehend, daß ihre Wohnung nicht altengerecht ist (3o.8%/4 Pbn), als die übrigen (8.7%/2 Pbn). Der Unterschied ist tendentiell bedeutsam (vgl. Tab. 84).

Weiterhin scheinen die nach eigener Meinung bzw. nach Urteil der Interviewerinnen gesundheitlich stärker belasteteren Betreuten gegenüber einem Umzug in eine Altenwohnanlage o.ä. gegenüber tendentiell negativer eingestellt als die weniger belasteten. Bei der oben genannten offenen Frage nach Wohnproblemen äußern sich von der ersten Gruppe 34.8% oder 8 Probanden (S) bzw. 3o.8% oder ebenfalls 8 Befragte (F) dahingehend, daß ein solcher Umzug nicht erwünscht oder nicht nötig sei, während dies bei den Betreuten mit besserem gesundheitlichen Wohlbefinden jeweils nur eine Person tut. Die Tabelle 85 gibt diese Ergebnisse wieder.

Tab. 84 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden (Selbstbeurteilung) und dem Problem, daß die Wohnung nicht altengerecht ist (Chi-Quadrat-Test)

Wohnproblem vorhanden	Wohlbefinden Gr. 1 f	%	Gr. 2 f	%
keine Angabe	21	91.3	9	69.2
ja	2	8.7	4	3o.8
Summe	23	1oo.o	13	1oo.o
Chi-Quadrat	2.914			
df	1			
Signifikanz	o.o89(T)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Betreuten) Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht

Gr. 2: eher gut, sehr gut

Insgesamt scheinen danach die Befragten mit besserem Wohlbefinden gegenüber der Wohnsituation kritischer als die gesundheitlich belasteteren Probanden und spielen öfter - wenn auch nicht oft - mit dem Gedanken an eine Altenwohnanlage o.ä.. Ist der Gesundheitszustand jedoch schlechter, so könnte möglicherweise die zunehmende Gefahr einer tatsächlich erforderlich werdenden Wohnungsaufgabe zu einer starken Abwehrhaltung diesem Wechsel gegenüber führen.

Tab. 85 : Zusammenhang zwischen subjektivem gesundheitlichen Wohlbefinden und der Einstellung zu einem Umzug in eine Altenwohnanlage, ein Altenheim o.ä. (Chi-Quadrat-Test)

Einstellung zu Umzug	Wohlbefinden Selbstbeurteilung				Wohlbefinden Urt.d.Interviewers			
	Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%	f	%	f	%
keine Angabe	14	6o.9	8	61.5	15	57.7	7	7o.o
schon erfolgt	1	4.3	2	15.4	3	11.5	o	o.o
geplant	o	o.o	2	15.4	o	o.o	2	2o.o
nicht erwünscht bzw.f.nötig befunden	8	34.8	1	7.7	8	3o.8	1	1o.o
Summe	23	1oo.o	13	1oo.o	26	1oo.o	1o	1oo.o
Chi-Quadrat	7.191				7.779			
df	3				3			
Signifikanz	o.o67(T)				o.o51(T)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht Gr. 2: eher gut, sehr gut

Zusammenfassend läßt sich folgendes aussagen: Aufgrund der ermittelten Ergebnisse deutet sich die Tatsache an, daß ein selbsteingeschätztes besseres gesundheitliches Wohlbefinden eher in den oberen Schichten zu finden ist bzw. bei den Probanden mit besserer Schulbildung. Gleichfalls zeigt sich hierbei ein ausgeprägteres Interesse an aktiver Freizeitgestaltung, die auch stärker ausgeübt wird. Auch führt ein besseres gesundheitliches Wohlbefinden in einigen Zügen zu einer positiveren Beurteilung der eigenen Persönlichkeit bzw. des Selbstbildes durch die Betreuerinnen. Es zeichnet sich die in der relevanten Forschung bekannte Erkenntnis ab, daß Probanden mit günstigeren Startbedingungen im Leben eher "erfolgreich" altern als weniger privilegierte.

4.6.2.2.2. Korrelate der übrigen Angaben zum Gesundheitszustand

Die gesundheitlichen Aspekte der Kompetenz neben dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden wurden durch einen Chi-Quadrat-Test auf Zusammenhänge zu den in 4.1. beschriebenen ausgewählten Merkmalen der Lebenssituation überprüft. Hierbei zeigen sich nur sehr wenige bedeutsame Ergebnisse.

Danach ist die Schichtzugehörigkeit (Urteil der Interviewerinnen) bedeutsam mit dem *generellen Realitätsbezug* sowohl nach Meinung der Interviewerinnen als (signifikant) auch nach Beurteilung der Betreuerinnen (tendentiell) verbunden. Während aus der gehobenen Schicht 86.4% (19 Pbn) laut Interviewerinnen bzw. 81.8% (18 Pbn) laut Betreuerinnen einen guten oder sehr guten Realitätsbezug haben, sind dies bei den Befragten aus Unterschicht und unterer Mittelschicht nur 46.2% oder 6 Probanden (Interviewerurteil) bzw. 53.8% oder 7 Probanden (Betreuerinnenurteil).

Weiterhin hängen die von den betreuten Senioren selbst empfundenen *Sehbehinderungen* tendentiell bedeutsam mit ihrem chronologischen Alter zusammen. Die jüngeren Probanden bis 77 Jahre sind danach in ihrer Sehfähigkeit erheblich weniger beeinträchtigt als die anderen. 52.6% (1o Pbn) ihrer Gruppe halten ihre Sehbehinderungen für eher gering oder sehr gering, und nur 31.6% (6 Pbn) klagen über eher starke oder sehr starke Probleme. Hingegen sind es bei den überdurchschnittlich alten Betreuten ab 78 Jahre 56.3% (9 Pbn), die über eher starke oder sehr starke Beeinträchtigungen klagen, während lediglich ein Proband von geringen Störungen spricht. Entsprechend unterscheiden sich die arithmetischen Mittelwerte beider Gruppen: Während die älteren Befragten durchschnittlich eher starke Behinderungen im Sehbereich angeben, beurteilen die jüngeren sie im Mittel als weder besonders stark noch besonders gering.

Tab. 86 : Zusammenhänge zwischen dem generellen Realitätsbezug (Fremdbeurteilung) und der Schichtzugehörigkeit (Interviewerurteil)

genereller Realitätsbezug		Interviewerinnen				Betreuerinnen			
		Schicht				Schicht			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
sehr schlecht	1	1	7.7	o	o.o	o	o.o	1	4.5
eher schlecht	2	5	38.5	1	4.5	3	23.1	1	4.5
weder - noch	3	1	7.7	2	9.1	3	23.1	2	9.1
eher gut	4	4	3o.8	8	36.4	6	46.2	7	31.8
sehr gut	5	2	15.4	11	5o.o	1	7.7	11	5o.o
Summe		13	1oo.1	22	1oo.o	13	1oo.1	22	99.9
$\bar{x}$		3.o8		4.32		3.38		4.18	
Chi-Quadrat		9.9o5				8.883			
df		4				4			
Signifikanz		o.o42 (s)				o.o65 (T)			

Schicht Gruppe 1: Unterschicht, untere Mittelschicht
Gruppe 2: mittlere u. obere Mittelschicht, Oberschicht

Tab. 87 : Zusammenhang zwischen den Sehbehinderungen und dem Alter (Chi-Quadrat-Test)

Sehbehinderung	Alter	
	Gr. 1	Gr. 2
	f %	f %
sehr stark 1	2 1o.5	3 18.8
eher stark 2	4 21.1	6 37.5
weder - noch 3	3 15.8	6 37.5
eher gering 4	5 26.3	1 6.3
sehr gering 5	5 26.3	o o.o
Summe	19 1oo.o	16 1oo.1
$\bar{x}$	3.37	2.31
Chi-Quadrat	9.o76	
df	4	
Signifikanz	o.o6o(T)	

Alter Gr. 1: bis einschließlich 77 Jahre
Gr. 2: ab einschließlich 78 Jahre

Tab. 88 : Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Alter (Chi-Quadrat-Test)

Erkrankung vorhanden	Alter			
	Gr. 1		Gr. 2	
	f	%	f	%
keine Angabe	12	6o.o	4	25.o
ja	8	4o.o	12	75.o
Summe	2o	1oo.o	16	1oo.o
Chi-Quadrat	4.41o			
df	1			
Signifikanz	o.o36(s)			

Alter Gr. 1: bis einschließlich 77 Jahre
Gr. 2: ab einschließlich 78 Jahre

Ebenfalls mit dem Alter bedeutsam verbunden ist die Erwähnung von *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* der Probanden (vgl. Tab.88). Während 4o.o% (8 Pbn) der jüngeren Betreuten eine solche Erkrankung nennt, sind es bei den älteren ab 78 Jahre immerhin 75.o% (12 Pbn). Der Unterschied ist signifikant.

Weitere bedeutsame Beziehungen der Angaben zum Gesundheitszustand neben dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden betreffen fast nur noch eben dieses Wohlbefinden.

Zunächst weisen die von den Befragten erlebten *Belastungen durch die Gesundheit* sowohl einen sehr signifikanten Zusammenhang zu ihrem gesundheitlichen Wohlbefinden nach Beurteilung der Interviewerinnen als auch einen signifikanten Bezug zum von ihnen selbst beurteilten Wohlbefinden auf (vgl. Tab.89). Bei beiden Gruppenvergleichen geben die Betreuten mit überdurchschnittlich gutem Wohlbefinden (sehr gut, eher gut) verständlicherweise weniger Probleme mit ihrer Gesundheit an als diejenigen mit schlechterem gesundheitlichen Zustand. Von der letztgenannten Gruppe äußern sich immerhin 84.o% oder 21 Probanden (Interviewerbeurteilung des Wohlbefindens) bzw. 77.3% oder 17 Probanden (Selbstbeurteilung des Wohlbefindens) dahingehend, daß sie durch die Gesundheit recht stark oder sehr stark belastet werden, während dies bei den gesünderen nur auf einen Befragten nach Meinung der Interviewerinnen bzw. auf 5 Probanden bzw. 38.5% nach eigener Beurteilung der Betreuten zutrifft.

Tab. 89 : Zusammenhang zwischen den Belastungen durch die Gesundheit und dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden

Belastung durch Gesundheit		Wohlbefinden Selbstbeurteilung				Wohlbefinden Urt.d.Interviewers			
		Gr. 1		Gr. 2		Gr. 1		Gr. 2	
		f	%	f	%	f	%	f	%
keine	1	1	4.5	2	15.4	1	4.o	2	2o.o
wenig	2	o	o.o	5	38.5	o	o.o	5	5o.o
etwas	3	4	18.2	1	7.7	3	12.o	2	2o.o
recht stark	4	7	31.8	2	15.4	9	36.o	o	o.o
sehr stark	5	1o	45.5	3	23.1	12	48.o	1	1o.o
Summe		22	1oo.o	13	1oo.1	25	1oo.o	1o	1oo.o
$\bar{x}$		4.14		2.92		4.24		2.3o	
Chi-Quadrat		12.171				21.33o			
df		4				4			
Signifikanz		o.o17(s)				o.oo1(ss)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders gut noch besonders schlecht
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Ähnliches wie für Probleme mit der Gesundheit gilt auch für die *Belastungen durch Stimmungen, Depressionen u.ä.*. Hierzu sagen 48.o% (12 Pbn) der Befragten, die nach Meinung der Interviewerinnen ein schlechtes gesundheitliches Wohlbefinden haben, aus, daß sie durch solche Stimmungen recht stark oder sehr stark leiden, während dies nur bei 2o.o% (2 Pbn) derjenigen mit besser beurteiltem Gesundheitszustand der Fall ist. Keine oder wenig Belastugen erleben entsprechend 32.o% (8 Pbn) der ersten Gruppe, hingege immerhin 6o.o% (6 Pbn) der zweiten. Der Unterschied ist tendentiell bedeutsam.

Ein weiterer, diesmal signifikanter Bezug zu den Belastungen durch Stimmungen, Depressionen u.ä. deutet an, daß hierunter möglicherweise die Befragten aus den gehobeneren Schichten (Schichtzugehörigkeit nach Urteil der Interviewer) eher leiden als diejenigen aus Unterschicht bzw. unterer Mittelschicht. 5o.o% (11 Pbn) der erstgenannten Gruppe, aber nur 25.o% (3 Pbn) der zweiten geben an, durch solche Probleme sehr stark oder eher stark belastet zu sein. Allerdings unterscheiden sich aufgrund der übrigen Verteilung der Selbsteinschätzungen die Mittelwerte beider Gruppen nicht. Die folgende Tabelle enthält beide Gruppenvergleiche.

Tab. 9o : Zusammenhang zwischen den Belastungen durch Stimmungen, Depressionen u.ä. und dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden (Urteil des Interviewers) bzw. der Schichtzugehörigkeit (Urteil des Interviewers) (Chi-Quadrat-Test)

Belastung durch Stimmungen		Wohlbefinden Gr. 1 f	%	Wohlbefinden Gr. 2 f	%	Schicht Gr. 1 f	%	Schicht Gr. 2 f	%
keine	1	2	8.o	5	5o.o	o	o.o	7	31.8
wenig	2	6	24.o	1	1o.o	5	41.7	2	9.1
etwas	3	5	2o.o	2	2o.o	4	33.3	2	9.1
recht stark	4	4	16.o	1	1o.o	1	8.3	4	18.2
sehr stark	5	8	32.o	1	1o.o	2	16.7	7	31.8
Summe		25	1oo.o	1o	1oo.o	12	1oo.o	22	1oo.o
$\bar{x}$		3.4o		2.2o		3.oo		3.o9	
Chi-Quadrat		8.524				11.592			
df		4				4			
Signifikanz		o.o75(T)				o.o2o (s)			

subjektives gesundheitliches Wohlbefinden (Urteil des Interviewers) Gr. 1: sehr schlecht, eher schlecht, weder besonders schlecht noch besonders gut
Gr. 2: eher gut, sehr gut

Schicht Gr. 1: Unterschicht, untere Mittelschicht
Gr. 2: mittlere u. obere Mittelschicht

Zusammenfassend läßt sich aussagen, daß der generelle Realitätsbezug in den oberen Schichten als besser bewertet wird.

Die Sehfähigkeit ist in der Gruppe der Älteren stärker beeinträchtigt und die Anzahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen höher. Probanden mit subjektiv schlechterem gesundheitlichen Wohlbefinden im Selbst- und Fremdurteil sind durch gesundheitliche Probleme stärker belastet als die andere Gruppe.

Ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden im Fremdurteil ist verbunden mit stärkeren Belastungen durch Stimmungen, Depressionen u.ä., wobei diese eher in den oberen Schichten auftreten.

4.6.2.3. Veränderungen hinsichtlich der gesundheitlichen Aspekte der Kompetenz

Anhand des WILCOXON-Tests für eine ipsative Veränderungsmessung (vgl. 4.1.) können bei der untersuchten Stichprobe einige bedeutsame Unterschiede in den gesundheitlichen Aspekten der Kompetenz zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt festgestellt werden.

Während sich das gesundheitliche Wohlbefinden der einzelnen Betreuten, so wie es von Betreuerinnen oder Interviewerinnen eingeschätzt wird, von der ersten zur zweiten Exploration nicht bedeutsam verändert hat, läßt sich bei den Aussagen der Probanden selbst hierzu ein signifikanter Unterschied

zwischen beiden Meßzeitpunkten feststellen (vgl. Tab. 91). Insgesamt handelt es sich dabei um eine Verminderung des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens, wie auch den arithmetischen Stichprobenmittelwerten entnommen werden kann: 13 Verschlechterungen (36.1%) des Befindens stehen nur 4 Verbesserungen (11.1%) gegenüber; bei den übrigen 19 Befragten (52.8%) hat sich das Wohlbefinden von der ersten zur zweiten Befragung nicht verändert.

Tab. 91 : Veränderungen des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens (Selbstbeurteilung) (Wilcoxon-Test)

Wohlbefinden		Befragungszeitpunkt erster f	%	zweiter f	%
sehr schlecht	1	2	5.6	4	11.1
eher schlecht	2	4	11.1	8	22.2
weder - noch	3	17	47.2	16	44.4
eher gut	4	12	33.3	8	22.2
sehr gut	5	1	2.8	o	o.o
Summe		36	1oo.o	36	99.9
$\bar{x}$		3.17		2.78	

Anzahl Zunahme Wohlbefinden : 4 Pbn
Anzahl Abnahme Wohlbefinden : 13 Pbn
Anzahl gleichbleibender Fälle : 19 Pbn
z = - 2.296, Signifikanz = o.o22 s

Dieses Ergebnis dürfte in Zusammenhang mit einer Anzahl von Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei vielen Befragten stehen. So sprechen z.B. 14 Probanden (38.9%) von einer größeren Bewegungsbehinderung im Vergleich zur ersten Befragung, während nur 4 (11.1%) eine geringere Behinderung zwischen dem ersten und dem zweiten Meßzeitpunkt angeben. Der Unterschied, der im übrigen auch durch die arithmetischen Mittelwerte dokumentiert wird, ist signifikant.

Tab. 92 : Veränderung der Bewegungsbehinderungen (Wilcoxon-Test)

Bewegungs-behinderungen		Befragungszeitpunkt erster f	%	zweiter f	%
sehr stark	1	5	13.9	7	19.4
eher stark	2	11	3o.6	11	3o.6
weder - noch	3	2	5.6	3	8.3
eher gering	4	7	19.4	1o	27.8
sehr gering	5	11	3o.6	5	13.9
Summe		36	1oo.1	36	1oo.o
$\bar{x}$		3.22		2.86	

Anzahl Zunahme Behinderungen : 14 Pbn
Anzahl Abnahme Behinderungen : 4 Pbn
Anzahl gleichbleibender Fälle : 18 Pbn

z = -2.112, Signifikanz = o.o35 s

Der Zunahme von subjektiv empfundenen Bewegungsbehinderungen entspricht das Ergebnis, daß immerhin zum späteren Explorationszeitpunkt weitere 11 Probanden (3o.6%) von einer Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankung sprechen und damit die Hälfte der Stichprobe (18 Pbn) jetzt von einer derartigen Krankheit betroffen ist, während es bei der ersten Befragung mit 7 Personen nur 19.4% der Gesamtstichprobe waren. Der Unterschied zwischen beiden Zeitpunkten ist sehr signifikant (z = -2.934, Signifikanz = o.oo3 ss).

Entsprechend benötigen 7 Befragte (19.4%) beim zweiten Meßzeitpunkt stärkere Gehhilfen als beim ersten; u.a. sind jetzt zwei von ihnen auf den Rollstuhl angewiesen, was bei der ersten Befragung nicht der Fall war. Ein Befragter hingegen braucht bei der zweiten Exploration nach seinen Angaben eine

geringere Gehhilfe als vorher, und bei 28 Probanden (77.8%) hat sich nichts verändert. Der Unterschied zwischen beiden Meßzeitpunkten ist signifikant (z = -2.1oo, Signifikanz = o.o36 s).

Auch für andere Erkrankungen deuten sich bedeutsame Veränderungen bei den Befragten zwischen beiden Explorationen an, die allerdings eine kleinere Anzahl von Probanden als bei den Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates betreffen. 5 Befragte bzw. 13.9% der Stichprobe nennen beim zweiten Zeitpunkt eine Erkrankung der Sinnesorgane, die sie bei der ersten Befragung noch nicht erwähnt hatten, während niemand von einer solchen Krankheit geheilt wurde. Der Unterschied zwischen beiden Explorationen ist signifikant (z = -2.o23, Signifikanz = o.o43 s).

Die neu aufgetretenen Sinnesbehinderungen dürften vor allem die Hörfähigkeit betreffen, da 6 Senioren (16.7%) bei der zweiten Befragung im Gegensatz zur ersten ein Hörgerät benutzen, während ein einziger Proband jetzt auf dieses verzichtet. Der Unterschied von der ersten zur zweiten Exploration ist tendentiell bedeutsam (z= -1.69o, Signifikanz = o.o91 T).

Weitere gesundheitliche Verschlechterungen betreffen Erkrankungen des Verdauungstrakts. Auch hier sind es 6 Personen (16.7%), die zum späteren Zeitpunkt zum ersten Mal von Erkrankungen in diesem Bereich sprechen, während ein Befragter eine entsprechende gesundheitliche Störung, die er bei der ersten Exploration nannte, nicht mehr erwähnt. Die beiden Befragungszeitpunkte sind tendentiell unterschiedlich (z = -1.69o, Signifikanz = o.o91 T).

Ein schlechterer Gesundheitszustand bei der zweiten Befragung wird weiterhin durch die Zunahme von täglich eingenommenen Medikamenten dokumentiert: 8 Probanden (22.2%), die im Gegensatz zum ersten Explorationszeitpunkt weniger Arzneimittel einnehmen, stehen 2o Befragte (55.6%) gegenüber, deren tägli-

cher Medikamentenkonsum angestiegen ist. Der Unterschied zwischen beiden Meßzeitpunkten ist sehr signifikant (z = -2.892, Signifikanz = o.oo4 ss). Entsprechend hat sich auch der arithmetische Mittelwert von 3.25 Medikamenten pro Tag bei der ersten Befragung auf 4.25 bei der zweiten erhöht.

Letzte Veränderungen im Bereich der gesundheitlichen Kompetenzaspekte beziehen sich auf die Orientierungsfähigkeit der Betreuten. Nach Ansicht der Betreuer hat sich die zeitliche Orientierung bei nur einem Betreuten verbessert, aber bei 16 der 3o doppelt beurteilten Senioren (53.3%) verschlechtert, wie aus Tabelle 93 zu entnehmen ist. Der Unterschied zwischen beiden Meßzeitpunkten ist sehr signifikant. Auch der arithmetische Mittelwert hat sich von der ersten zur zweiten Befragung in Richtung einer schlechteren zeitlichen Orientierungsfähigkeit der Betreuten nach Meinung ihrer Betreuerinnen verändert. Allerdings wird den 3o beurteilten Senioren im Durchschnitt noch immer eine eher gute bzw. weder besonders gute noch besonders schlechte Orientierung zugesprochen.

Tab. 93 : Veränderung der zeitlichen Orientierungsfähigkeit (Urteil der Betreuerinnen) (Wilcoxon-Test)

zeitliche Orientierungsfähigkeit		Befragungszeitpunkt erster f	%	zweiter f	%
sehr schlecht	1	o	o.o	4	13.3
eher schlecht	2	2	6.7	1	3.3
weder - noch	3	5	16.7	6	2o.o
eher gut	4	7	23.3	12	4o.o
sehr gut	5	16	53.3	7	23.3
Summe		3o	1oo.o	3o	99.9
$\bar{x}$		4.23		3.57	

Anzahl Verbesserung Orientierung : 1 Pb
Anzahl Verschlechterung Orientierung : 16 Pbn
Anzahl gleichbleibender Fälle : 13 Pbn

z = -3.266, Signifikanz = o.oo1 ss

Auch der generelle Realitätsbezug im Sinne einer Orientierung über das Tagesgeschehen hat sich nach Meinung der Interviewer signifikant und nach Beurteilung der Betreuerinnen sehr signifikant im Sinne einer Verschlechterung verändert. Wie in Tabelle 94 dargestellt, sehen die Interviewer zum Zeitpunkt der zweiten Befragung bei nur 4 der 36 beurteilten Probanden (11.1%) einen besseren, hingegen bei immerhin 12 Betreuten (33.3%) einen schlechteren Realitätsbezug als bei der ersten Exploration. Ebenfalls bei 12 der 3o von ihnen eingeschätzten Senioren (4o.o%) geben die Betreuerinnen beim zweiten Befragungszeitpunkt eine schlechtere Beurteilung als beim ersten ab, während nur ein Betreuter günstiger gesehen wird. Trotz dieser Verschlechterungen, die sich auch in den arithmetischen Mittelwerten niederschlagen, wird der generelle Realitätsbezug bei der zweiten Exploration durchschnittlich ebenfalls noch im Bereich zwischen 'eher gut' und 'weder besonders gut noch besonders schlecht' gesehen.

Insgesamt kann damit den Ergebnissen aus der ipsativen Längsschnittmessung gesundheitlicher Kompetenzaspekte entnommen werden, daß sich in diesem Bereich vor allem eine Zunahme von Bewegungsbehinderungen im Zeitraum zwischen beiden Befragungen bemerkbar gemacht hat. Auch für die Orientierungsfähigkeit deutet sich in einzelnen Bereichen eine Verschlechterung an; sie wird jedoch auch noch beim zweiten Befragungszeitpunkt recht günstig von Interviewern und Betreuerinnen eingeschätzt. Die Zunahme von Schwierigkeiten mit dem Bewegungsapparat, die sich auch in den Ergebnissen zur Alltagskompetenz (vgl. 4.6.1.4.) niederschlagen, dürften einen wesentlichen Anteil daran haben, daß die betreuten Senioren in der Selbsteinschätzung bei der zweiten Exploration ein geringeres subjektives gesundheitliches Wohlbefinden als bei der ersten angeben.

Tab. 94 : Veränderung des generellen Realitätsbezugs (Urteil von Betreuerinnen und Interviewer) (Wilcoxon-Test)

Realitätsbezug		Urteil Betreuerin Befragungszeitpunkt erster f	%	zweiter f	%	Urteil Interviewer Befragungszeitpunkt erster f	%	zweiter f	%
sehr schlecht	1	1	3.3	3	1o.o	1	2.8	3	8.3
eher schlecht	2	3	1o.o	1	3.3	6	16.7	9	25.o
weder - noch	3	3	1o.o	7	23.3	3	8.3	5	13.9
eher gut	4	11	36.7	14	46.7	13	36.1	7	19.4
sehr gut	5	12	4o.o	5	16.7	13	36.1	12	33.3
Summe		3o	1oo.o	3o	1oo.o	36	1oo.o	36	99.9
$\bar{x}$		4.oo		3.57		3.86		3.44	

genereller Realitätsbezug nach Urteil der Betreuerin:
Anzahl Verbesserung Orientierung : 1 Pb
Anzahl Verschlechterung Orientierung : 12 Pbn
Anzahl gleichbleibender Fälle : 17 Pbn

z = -2.76o, Signifikanz = o.oo6 ss

genereller Realitätsbezug nach Urteil des Interviewers:
Anzahl Verbesserung Orientierung : 4 Pbn
Anzahl Verschlechterung Orientierung : 12 Pbn
Anzahl gleichbleibender Fälle : 2o Pbn

z = -2.172, Signifikanz = o.o3o s

5. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Nach der Darstellung der gefundenen Ergebnisse im vierten Kapitel soll nunmehr der Versuch einer integrierenden Interpretation erfolgen. Es werden dafür vorwiegend bedeutsame Resultate herangezogen und statistisch nicht relevante als solche gekennzeichnet.

Hauptziel der Studie war es, Aufschlüsse über eine Reihe von Kompetenzaspekten von im Rahmen der offenen Altenarbeit betreut in ihren Wohnungen lebenden älteren Menschen zu gewinnen und die Entwicklung dieser Aspekte innerhalb eines gesetzten Zeitraumes von 12 - 15 Monaten unter Berücksichtigung ausgewählter Außenkriterien zu verfolgen.

Entwicklung sollte hierbei sowohl als Konstanz wie auch als Veränderung verstanden werden können.

Entsprechend den Intentionen der Studie wird in den Mittelpunkt der Interpretation besonders die als wichtige Voraussetzung erfolgreichen Alterns geltende subjektiv empfundene funktionelle gesundheitliche Kompetenz sowie die in wesentlichen Teilen hiermit eng verbundene Alltags-Kompetenz gerückt. Diese wird gesehen in einem ausreichenden Maß funktioneller Fähigkeiten auf körperlichem und geistigem Gebiet, um, wenn auch mit fremder Hilfe, mehr oder weniger selbständig in der eigenen Wohnung leben und ein gewisses Maß an Sozialkontakten und persönlichen Aktivitäten aufrechterhalten zu können.

Die Interpretation wird hierbei nochmals die objektive Lebenssituation beleuchten (5.1.) und diese anschließend im Spiegel des subjektiven Erlebens der Probanden und deren Beurteilung durch die Umwelt (Interviewerinnen/Betreuerinnen) unter 5.2. diskutieren. Es folgt unter 5.3. die Erörterung weiterer Merkmale in ihrer Beziehung zum gesundheitlichen Wohlbefinden und zur Alltags-Kompetenz. Weiter werden Konstanz und Veränderung der Daten im zeitlichen Ablauf als Ausdruck von Entwicklungsmöglichkeiten im höheren Alter unter 5.4. betrachtet und unter 5.5. die Verknüpfung und Gewichtung relevanter Einflußfaktoren auf das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden und die Alltags-Kompetenz verfolgt. Schließlich werden unter 5.6. die gefundenen Ergebnisse unter dem Aspekt erfolgreicher Intervention im 'HAUS IM PARK' interpretiert und unter 5.7. abschließende Bemerkungen hinzugefügt.

5.1. DIE OBJEKTIVE LEBENSSITUATION DER PROBANDEN

Nachdem die breite Palette der Ergebnisse ausführlich im Teil 3. abgehandelt wurde, ist es nun unsere Aufgabe, wesentliche Teile zu interpretieren und womöglich miteinander zu verknüpfen.

Zunächst fällt die große *Altersspanne* (vgl. 3.2.) der untersuchten Stichprobe (59 bis 91 Jahre) auf. Es muß in diesem Zusammenhang daher daran erinnert werden, daß, wie unter 2.2.4.1. entwickelt, die Außendienstbetreuung sowohl ältere Menschen einschließt, die in unterschiedlichem Umfang noch oder wieder Aktivitäten des "HAUS IM PARK" wahrnehmen als auch jene, die dazu nicht mehr in der Lage sind. 32 Befragte (88.9%) sind älter als 65, 13 Befragte (36.1%) mindestens 8o Jahre alt. Das Durchschnittsalter liegt bei 76.1 Jahren. Aufgrund der noch bestehenden Vorurteile gegenüber verbleibenden Fähigkeiten älterer Menschen auch mit steigendem Alter (vgl. 1.2.1.) mußte die Überprüfung eines starken oder schwachen Einflusses der Altersvariable auf die Fähigkeit zur Selbstversorgung und Selbständigkeit auch in der vorliegenden Studie auf vordergründiges Interesse stoßen.

Bereits an dieser Stelle zeigt sich in anschaulicher Weise die Bedeutung einer differentiellen Betrachtungsweise (vgl. 1.2.1.), deren Gewicht auch für den erkennbaren Einfluß einer Reihe weiterer Variablen auf die Art des Alternsgeschehens deutlich werden wird.

In diesem Zusammenhang ist zunächst nochmals die *Geschlechtsverteilung* (vgl. 3.1.) anzusprechen. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 24 Frauen und 12 Männern. Obgleich diese Relation (1oo Männer : 16o Frauen) in etwa den bundesdeutschen Verhältnissen im Jahre 1972, bezogen auf die über 65jährige Bevölkerung, entspricht (vgl. LEHR, 1978a, S. 13) sowie auch der Hamburger Situation im Jahre 1979, 35.2% : 64.8% (vgl. BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG), stellt sie im Hinblick auf die

Besucher/Benutzer von Einrichtungen der offenen Altenhilfe eine Besonderheit dar (vgl. BUSCH, 1976, und STENGER, 1977), unter denen die Frauen häufig den wesentlichen Anteil stellen. Auch scheint in der vorliegenden Stichprobe die Feststellung interessant, daß angesichts der höheren Lebenserwartung der Frauen, die im Zeitraum 1974/1976 bei 8o,4 Jahren, für Männer hingegen bei 76.1 Jahren lag (vgl. u.a. LEHR, 1978a, S. 13), das Lebensalter der männlichen Stichprobe zu 5o% (6 Pbn) zwischen 7o und 79 Jahren anzusetzen war und zu 89.3% (1o Pbn) zwischen den Altersgruppen 7o und 94 lag.

Demgemäß erreicht die männliche Stichprobe in der vorliegenden Studie einen Altersdurchschnitt von 78.o8 Jahren.

Im Vergleich hierzu ergab sich für die Frauen ein Prozentsatz von 41.7 (1o Pbn) in der Altersspanne 7o - 79, während 29.2% (7 Pbn) 8o bis 84 Jahre alt waren und sich insgesamt für die Altersgruppe 7o bis 89 Jahre (keine Frau war älter) der Prozentsatz auf 79.2 (19 Pbn) mit einem weiblichen Durchschnittsalter von 75.13 Jahren belief, allerdings ohne statistische Relevanz gegenüber der Männergruppe.

Es schien sich damit offenbar bei der männlichen Stichprobe eher um eine Elite-Gruppe, um "Survivors" (vgl. 1.2.3.1.) zu handeln, wobei sich hier die Untersuchungsmöglichkeit der Frage bot, inwieweit sich besonders in der Alltags-Kompetenz geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen (vgl. 1.5.) bzw. ob diese sich möglicherweise in den höheren Altersgruppen verwischen würden.

Betrachtet man im weiteren die *sozio-ökonomischen* Daten zunächst anhand der *Schichteinschätzung* durch die Interviewerinnen (vgl. 3.4.4.), die aufgrund von Schulbildung, erreichter beruflicher Position, Wohnverhältnissen und finanziellen Bedingungen ermittelt wurde, so ist hierin die überwiegende Ausweisung Bergedorfs als Mittelstandgebiet erkennbar. So wird kein Proband als zur Oberschicht gehörig erachtet, wohl aber 22 Personen (62.9% der Stichprobe) der Mittelschicht und oberen Mittelschicht zugerechnet,

während sich für die untere Mittelschicht und Unterschicht lediglich ein Prozentsatz von 32.2 (13 Personen) ergab.

Die Geschlechtsverteilung bei diesen Einschätzungen war statistisch unauffällig.

Es sollen jedoch auch die der Schichteinschätzung zugrunde liegenden Kriterien näher beleuchtet werden. Angesichts der unterschiedlichen Gegebenheiten war auch ihrerseits mit Blick auf die unter 1.3.2.2. behandelten gerontologischen Ergebnisse mit für die Interpretation wichtigen Einflüssen zu rechnen.

Bei Betrachtung der *Schulbildung* (vgl. 3.4.1.) fällt die bessere, wenn auch statistisch unrelevante Ausbildung der Frauen gegenüber den männlichen Probanden auf. Diese erscheint bei diesen Altersgruppen nicht ohne weiteres selbstverständlich. Nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES 1975 (vgl. LEHR, 1978a, S. 17) hatten zu diesem Zeitpunkt 89% der über 7ojährigen Frauen Volks- und nur 1.3% Hochschulabschluß. Bei den 6o- bis 7ojährigen Frauen war das Verhältnis 83.9% bzw. 1.4%. 5o% der Frauen mit Hauptschulabschluß in der vorliegenden Stichprobe hingegen stehen weiteren 5o% mit weiterführender Ausbildung (Realschulabschluß, Abitur oder abgeschlossenes Studium) gegenüber, die überwiegend aus einem sogenannten "gebildeten" Elternhaus mit entsprechendem Erziehungsstil stammen dürften.
Hingegen haben die Männer zu 75% (9 Personen) einen Hauptschulabschluß, nur 1% hat Abitur, und niemand hat studiert.

Diese Ausbildungssituation scheint sich in den Angaben zur *hauptsächlich ausgeübten Tätigkeit* (vgl. 3.4.2.) fortzusetzen, unter denen lediglich 4 Frauen (16.7% der weiblichen Stichprobe) zu finden sind, die keine Berufsausbildung erhalten haben. Damit geben 83.7% (2o Frauen) der weiblichen Stichprobe einen Beruf an, den sie offenbar zumindest zeitweilig auch ausgeübt haben. Sowohl in der Männer- als auch in der Frauengruppe erscheint die Tätigkeit eines mittleren Beamten/Angestellten am häufigsten (33.3% bzw. 45.8%).

Die Vermutung, daß die weibliche Stichprobe zu einem wesentlichen Anteil ihren Beruf voll oder wenigstens zeitweilig ausübte, wird erhärtet durch die Inspektion des *Familienstandes* (vgl. 3.5.1.). Wie bei dem hohen Durchschnittsalter nicht anders zu erwarten, sind nur noch 25% (9 Personen) der Gesamtstichprobe verheiratet.
Hierunter befinden sich lediglich 4 Frauen (16.7% der weiblichen Stichprobe) hingegen 41.7% (5 Probanden) der männlichen. Demgemäß ist ein großer Anteil der Gesamtstichprobe (27 Probanden = 75%) alleinstehend und davon wiederum 47.2% (17 Personen) verwitwet (vgl. 1.2.3.1.). Hierauf entfallen 58.3% (7 Pbn) der männlichen und 41.7% (1o Pbn) der weiblichen Stichprobe. Es muß auch erwähnt werden, daß es sich bei der Gruppe der Ledigen und Geschiedenen, jeweils 5 Personen und insgesamt 27.8% der Gesamtstichprobe, ausschließlich um Frauen handelt. Während sich die Verteilung der weiblichen Stichprobe in relativ hoher Übereinstimmung mit vielen gerontologischen Untersuchungsergebnissen befindet, erstaunt der hohe Anteil der Witwer, der weit über dem Durchschnitt liegt (vgl. u.a. LEHR, 1979a).

Diese Verteilung beeinflußt selbstverständlich die *Zahl lebender Verwandter* (vgl. 3.5.2.). Die lebenden Kinder verteilen sich auf 24 (66.7%) Personen der Gesamtstichprobe, 23 Personen (63.9%) haben (durchschnittlich 3) Enkel. 12 Personen (33.3%) sind kinderlos, wobei sich hier ein signifikanter Unterschied in der Geschlechtsverteilung ergibt. Nur 1 Mann, hingegen 11 Frauen (45.8% der weiblichen Stichprobe) entfallen auf die Gruppe der Kinderlosen.

Wie unter 1.2.3.1. behandelt, haben - international gesehen - etwa 1/5 aller über 65jährigen keine Kinder, 4/5 hingegen lebende Geschwister. Wird in diesem Zusammenhang die *Zahl weiterer Verwandter* mit einbezogen (ebenfalls 24 Personen haben lebende Geschwister), so werden innerhalb der Gesamtstichprobe Personengruppierungen sichtbar, deren Möglichkeiten zum Aufbau eines familiären Kontaktnetzes erheblich eingeschränkt waren.

Es muß sich bereits an dieser Stelle die Frage erheben, inwieweit diese Personen Gelegenheit zur Herstellung anderweitiger Sozialbeziehungen und diese begünstigender Aktivitäten besaßen. Sie kann in der Studie nicht vollständig beantwortet werden. Die vorliegenden Ergebnisse erlauben jedoch Hinweise und Vermutungen darüber, welche Variablen (z.B. Schulausbildung, Schicht, oder finanzielle Verhältnisse) in dieser Studie ein stärkeres Gewicht für das Ausmaß empfundener sozialer Integration und Kompetenz haben könnten als verwandtschaftliche Beziehungen.

Wesentlich erscheint dabei ein Blick auf die *Einkommensverhältnisse* (vgl. 3.4.3.). Auch hier ergeben sich starke Differenzierungen in der Stichprobenverteilung. Wie unter 3.4.3. behandelt, waren nur 25 Personen (69.4% der Gesamtstichprobe, darunter 7 Männer und 18 Frauen) bereit, Auskünfte über ihr monatliches Nettoeinkommen zu erteilen. 5 Männer, 41.7% der männlichen, und 6 Frauen, 25.o% der weiblichen Stichprobe, verweigerten die Aussage, scheinen jedoch, wie weiter vorliegende Daten vermuten lassen, in besseren Einkommensverhältnissen zu leben.

Ganz allgemein jedoch muß davon ausgegangen werden, daß auch berufstätig gewesene Frauen im Alter in der Regel finanziell noch immer schlechter dastehen als Männer. Weiter sind bekanntlich die Witwen in einer finanziell ungünstigeren Lage als die Witwer.
Es zeigt sich demgemäß, daß das niedrigste monatliche Nettoeinkommen der weiblichen Stichprobe bei DM 372.- liegt, während die Einkommensspanne für die Männer erst bei DM 1ooo.- - 1.249.- (2 Pbn) beginnt. Hingegen fallen für 55.5% der weiblichen Stichprobe (1o Pbn) die monatlichen Einkommen bereits unter die Kategorie DM 5oo.- bis DM 999.- .

Es kann nicht weiter eindeutig differenziert werden, welche Berufe in dieser Gruppe ausgeübt wurden bzw. inwieweit es sich um Angehörige unterer Schichten oder Witwen handelt, ferner, ob mehrere der hier angesprochenen Kriterien sich hier zu einer "kumulativen Benachteiligung" (vgl. ROSENMAYR u. ROSENMAYR, 1978, S. 254) ergänzten. Auszusagen ist, daß sich unter den 8

Probanden, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, 7 Frauen befinden. Weitere Hinweise auf die finanziellen Verhältnisse der Frauen kann der Wohngeldbezug erteilen.
12 Befragte (33.3% der Gesamtstichprobe) nehmen dieses in Anspruch, hiervon 1o Personen (41.7%) der weiblichen, aber nur 2 Personen (16.7%) der männlichen Stichprobe.

Ohne Zweifel kann ein von der Sozialhilfe abhängiger älterer Mensch - mag er bereits durch seine gesamte Lebensbiographie vom Leben benachteiligt gewesen oder erst in der Altersphase auf Unterstützung angewiesen sein - in seinem Selbstwertgefühl und seiner empfundenen Kompetenz, besonders, soweit sie körperliche Beeinträchtigungen betrifft, gegenüber finanziell unabhängigen Personen stark benachteiligt sein.

Zur objektiven Darstellung des allgemeinen *Gesundheitszustandes* (vgl. 4.6.2.1.) mögen nochmals folgende Werte dienen, die erkennen lassen, daß die Gesundheit bei einem beträchtlichen Anteil der Stichprobe (über 5o%) zumindest eingeschränkt scheint.

Die Gerontologie hat vielfach unter Beweis gestellt, daß Altwerden bzw. Altsein generell nicht mit Krankheit gekoppelt werden darf. Andererseits, wie in Kapitel 1.3. dargestellt, können bei älteren Menschen zu einem interindividuell unterschiedlichen Zeitpunkt doch verstärkt Krankheiten auftreten.

So werden zu Beginn der Erhebung nachfolgende Angaben gemacht: 2o Personen (55.6% der Stichprobe) leiden an Herz- und Kreislauferkrankungen, 9 Probanden (25.o%) an Erkrankungen der Verdauungsorgane, 7 (19.4%) an Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen und weitere jeweils 4 Personen (11.1% = 22%) an Lähmungen bzw. Erkrankungen der Sinnesorgane. Ferner treten eine Reihe anderer Erkrankungen auf, die zwar nur jeweils wenige Personen betreffen, andererseits müssen mögliche Mehrfachnennungen berücksichtigt werden.

Was die Verteilung und Häufigkeiten der genannten Erkrankungen anbetrifft, sei auf 1.3.2.2. und auf 1.3.3.2. verwiesen, wo ähnliche Ergebnisse aus anderen Untersuchungen dargestellt sind.

Es läßt sich in diesem Zusammenhang ein Alterseinfluß feststellen: (vgl. 4.6.2.2.2.): Nur 4o.o% (8 Pbn) der jüngeren Altersgruppe klagen über Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hingegen 75% (12 Pbn) der älteren Befragten (ab 78 Jahre).

Einen weiteren Hinweis auf den Gesundheitszustand der Stichprobe dürften auch die Gründe bieten, die zu einer Inanspruchnahme der Außendienst-Betreuung führten (vgl. 4.4.1.). Für 21 Personen (58.3% der Stichprobe) lagen diese in ständiger eigener Krankheit/Behinderung bzw. Krankheit/Behinderung des Lebensgefährten (letztere Begründung konnte allerdings nur in höchstens 6 Fällen auftreten, vgl. 3.6.2.), und nur für 7 Personen (19.4%) lediglich im Nachlassen der Kräfte. Weitere Gründe traten nur vereinzelt auf.

Zu Beginn der Erhebungen wurden also alle 36 Personen der untersuchten Stichprobe seit einem unterschiedlichen Zeitraum betreut, im Durchschnitt seit 21.6 Monaten (vgl. 4.4.1.). Hierunter befanden sich aber auch 17 Probanden (47.2% der Stichprobe), die seit zwischen 25 und 42 Monaten häusliche Hilfestellung erhielten. Bei 18 Personen, also 5o.o% der Stichprobe, wurde diese einmal wöchentlich geleistet, bei 36.6% (11 Befragten) vierzehntägig. Dieses Intervall trifft allerdings nur noch auf 3 Personen (18.3%) der höheren Altersgruppe (ab 78 Jahre) zu sowie auf 7 Personen (25.9%) der Alleinstehenden, hingegen aber auf 11 Personen (55%) der jüngeren Befragten. Ältere und Alleinstehende werden also intensiver betreut. (vgl. hierzu HUNT, 197o, HARRIS, 1968, und SCHREIBER, 1976, S. 63, unter 1.4.5.2.).

Durchschnittlich beträgt die *Dauer des Einsatzes* bis zu einschließlich zwei Stunden (bei 58.3% = 21 Personen). 14 Personen (38.9%) werden innerhalb von zwei bis drei Stunden versorgt. Die Ausnahme bildet ein einziger Befragter mit einer Betreuungsdauer von drei oder vier Stunden.

Zwar ist die Gruppe der in dem der Befragung vorangehenden Jahr *nicht bettlägrig Gewesenen* mit 27 Personen (75% der Stichprobe)

erfreulich hoch und die durchschnittliche Menge der *täglich eingenommenen 3.25 Medikamentensorten* wohl noch normal, doch steigert sich diese immerhin bei 1o Probanden (27.8%) auf fünf und mehr.
Ob hierfür objektiv auftretende oder subjektiv empfundene Krankheitssymptome den Ausschlag geben, vermag hier nicht entschieden werden. Auch lassen diese Angaben noch keine gültigen Rückschlüsse auf funktionelle Beeinträchtigungen und ihre Konsequenzen zu, die erst im nächsten, dem subjektiven Erleben ihrer Situation durch die Probanden gewidmeten Abschnitt diskutiert werden.

Bemerkenswert erscheinen die objektiv durch die Interviewerinnen und Betreuerinnen vorgenommenen *Einschätzungen des räumlichen und zeitlichen Orientierungsvermögens* sowie des *generellen Realitätsbezuges* (vgl. 4.6.2.1.) im Sinne geistiger Gesundheit und im weiteren Sinne auch der Gedächtnisleistungen. Die Fähigkeiten der Stichprobe werden hierbei zwischen 6o% und 75% als eher bis sehr gut bezeichnet.

Eine bedeutsame Beziehung zeigt sich zwischen dem generellen Realitätsbezug und der Schichteinschätzung (vgl. 4.6.2.2.2.). Bei Angehörigen der unteren Schichten ist dieser weniger häufig gut oder sehr gut als bei denen aus den gehobeneren Schichten (vgl. 1.3.4.2.).

Werfen wir als letztes einen Blick auf die *Wohnverhältnisse* (vgl. 3.6.), die besonders entsprechend dem Umfang abnehmender gesundheitlicher Kompetenz und der damit verbundenen Einschränkung des erreichbaren Umfeldes als ökologischer Aspekt an Bedeutung mehr und mehr zunehmen können (vgl. 1.3.4.4.).

Der überwiegende Teil der alleinstehenden Personen (19 von 27 Personen = 7o.4% lebt in einem Einpersonenhaushalt (vgl. 3.6.2.) und weitere 4 in einer Altenwohnanlage. Auch die verheirateten Probanden wohnen zumeist allein mit ihrem Ehepartner (7 von 9 Personen).

Die Ausstattung dieser Mietwohnungsräume (nur 4 Personen geben ein eigenes Haus an) ist, verglichen mit anderen Untersuchungen (vgl. u.a. ROSENMAYR u. ROSENMAYR, 1978, S. 144) objektiv gesehen, erfreulich gut. Keiner Wohnung mit durchschnittlich zwei Zimmern fehlen Küche, Dusche oder Badewanne sowie WC, überall ist fließendes warmes Wasser verfügbar, ferner eine pflegeleichte Heizung und Telefon. Zu 31 von 36 Wohnungen gehören Garten oder Balkon, zu 35 ein Kühlschrank. In den meisten Fällen befindet sich ein Fernsehgerät in der Wohnung, allerdings nicht immer ein Fahrstuhl im Haus.

Soweit hier ganz allgemein die gesundheitliche Seite angesprochen wird, so dürfte zunächst die Vermutung geäußert werden, daß von Seiten der Wohnverhältnisse keine allzu großen Probleme für die Probanden erwachsen dürften.

Lassen wir die Erörterung der objektiven Lebenssituation damit ihr Bewenden haben.

Insgesamt müssen wir feststellen, daß auch die hier untersuchten älteren Menschen sich einer Reihe von Entwicklungsaufgaben (vgl. 1.2.2.2.) gegenüber sahen oder sehen, deren Bewältigung ohne Zweifel nicht leicht sein dürfte:

Hierzu zählt die Tatsache der Verwitwung, besonders, soweit sie erst im höheren Alter eintrat mit der Folge des Alleinseins nach einem langen gemeinsam verbrachten Lebensabschnitt. Auch die Scheidungen müssen erwähnt werden. Nicht allen Frauen gelingt anschließend ein selbständiges Leben, es können sich Traumata bilden, die sowohl die Einstellung zu sich selbst als auch zur Umwelt langfristig bestimmen.

Das Auskommen mit einem dürftigen finanziellen Budget kann als eine weitere oft schmerzliche Entwicklungsaufgabe angesehen werden, da sie die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung von vornherein empfindlich beschneidet, selbst, wenn durch Schulbildung oder Schicht hierzu genügend Interessen vorhanden waren.

Letztendlich aber ist es auch in dieser Stichprobe das Zurechtkommen mit auftretenden Krankheiten, das die älteren Menschen fordert und zu einer Reihe unterschiedlicher Erlebens- und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit real vorhandenen oder subjektiv empfundenen Kompetenzaspekten führt.

5.2. DIE OBJEKTIVE LEBENSSITUATION IM SPIEGEL DES SUBJEKTIVEN ERLEBENS DER PROBANDEN UND DEREN BEURTEILUNG DURCH DIE UMWELT (INTERVIEWERINNEN/BETREUERINNEN)

Zunächst einmal stehen alle Probanden der Tatsache gegenüber, auch bei aller individuellen Betrachtung zur Gruppe der alternden oder auch alten Menschen zu gehören, also zu einer Gruppe, deren Ansehen in der Gesellschaft bislang nicht sehr hoch angesiedelt sein dürfte. Die Zeit der Berufstätigkeit und gesellschaftlichen Nützlichkeit ist vorüber, viele frühere Aufgaben sind abgeschlossen, die Kinder, soweit es sie gibt, leben ihr eigenes Leben, zahlreiche Rollen und Funktionen und damit auch sozial hoch bewertete Kompetenzen, mußten aufgegeben werden. Für ein subjektiv empfundenes erfolgreiches Altern (vgl. 1.2.3.1.) erhalten gewisse Lebensumstände einen neuen Stellenwert, wie z.B. das empfundene Ausmaß sozialer Integration, der eigene Gesundheitszustand, das damit in Zusammenhang stehende eigene gesundheitliche Wohlbefinden wie auch die Selbsteinschätzung vorhandener Alltags-Kompetenz (vgl. 1.2.3.2.).

Zur besseren Übersicht werden die Selbst- und Fremdeinschätzungen, soweit sie erhoben wurden, nachfolgend gemeinsam dargestellt.

5.2.1. ZUM ERLEBEN DES GESUNDHEITLICHEN WOHLBEFINDENS

Was die Beurteilung *der eigenen gesundheitlichen Situation* anbetrifft, so ist es weniger der objektiv ermittelte Gesundheitszustand schlechthin, der das subjektiv empfundene gesundheitliche Wohlempfinden mitsteuert; hierfür dürften, wie unter 1.3.4.1. ausgeführt, in erster Linie funktionelle gesundheitliche Einschränkungen, sensorische Störungen und Behinderungen, die den älteren Menschen in seiner Lebensführung fühlbar beeinträchtigen, in Betracht kommen.

Auch in der untersuchten Stichprobe werden eine Reihe empfundener funktioneller Einschränkungen (vgl. 4.6.2.1.) genannt.
44.5% (16 Probanden) geben sehr starke bis starke Bewegungsbehinderungen an. Einen Gehstock benutzen 38.9% (14 Probanden), sehr stark in ihrer Hörfähigkeit behindert empfinden sich 33.3% (12 Probanden).

42.9% (15 Probanden von 35 antwortenden) beklagen sehr starke oder eher starke Behinderungen der Sehfähigkeit.

Hier macht sich ein *Alterseinfluß* geltend (vgl. 4.6.2.2.2.). Die jüngeren Probanden bis zu 77 Jahren sehen sich in ihrer Sehfähigkeit weniger beeinträchtigt als die älteren. In der jüngeren Gruppe klagen nur 31.6% (6 Probanden) über eher starke oder sehr starke Belastungen, in der Gruppe ab 77 Jahre dagegen 56.3% (9 Probanden).

Damit stehen bei den funktionellen Beeinträchtigungen Bewegungsbehinderungen an erster Stelle, mit denen sich nahezu die Hälfte der untersuchten Stichprobe auseinanderzusetzen hat. Ganz besonders erschwerend für eine selbständige Lebensführung sind ebenso die eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit und deren hier angegebene Häufigkeiten ebenfalls recht hoch (vgl. 1.3.4.2.), wobei berücksichtigt werden muß, daß Sehbehinderungen auch einen starken Einfluß auf den Grad der Bewegungsbehinderungen haben können (vgl. hierzu auch die unter 1.3.4.2. angegebenen Untersuchungen).

Man darf zunächst vermuten, wie nachfolgend über die Korrelate bestätigt wurde, daß diese Bewegungs- wie auch die sensorischen Behinderungen im starkem Maße zu den empfundenen durch den Gesundheitszustand bedingten Belastungen (vgl. 4.6.2.1.) führen dürften (21 Personen = 62.8% fühlen sich hierdurch recht stark bis sehr stark belastet) und zumindest teilweise zu den empfundenen Stimmungen und Depressionen beitragen dürfte (hier sprechen 14 Personen = 4o% der Stichprobe von recht bis sehr starken Belastungen).

Erstaunlich ist unter diesen Gesichtspunkten die Selbsteinschätzung des *gesundheitlichen Wohlbefindens* (vgl. 4.6.2.1.), das im Fremdurteil auch von den Interviewerinnen und den Betreuerinnen ermittelt wurde.

Hierbei gaben sich die Betreuten selbst die besten Werte (Mittelwert 3.17), die der Beurteilung durch die Interviewerinnen noch am ehesten ähneln (Mittelwert 3.o6), während das Urteil durch die Betreuerinnen viel schlechter (Mittelwert 2.5o) ausfällt insofern, als sie nur 4 Probanden (11.1%) ein eher oder sehr gutes Wohlbefinden zusprechen, die Interviewerinnen 1o Probanden (27.8%), hingegen 13 Probanden (36.1) sich selbst. Signifikante Beziehungen zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen wurden in diesem Fall nicht überprüft.

17 Probanden (47.2%) und damit die größte Gruppe, erleben ihr gesundheitliches Wohlbefinden als weder besonders gut noch besonders schlecht (in der Einschätzung durch die Interviewerinnen 18 Probanden (5o.o%) und durch die Betreuerinnen 13 Probanden (36.1) und nur 6 Probanden (16.7%) als eher oder sehr schlecht). Diese Einschätzung hingegen treffen die Interviewerinnen für 8 Probanden (22.2%) und die Betreuerinnen für 19 Probanden (52.7% !).

Der hierin zutage tretende Gesundheitsoptimismus, der sich auch in anderen Untersuchungen zum subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden zeigt (vgl. 1.3.3.2.) ist bemerkenswert. Es soll dazu unter 5.2.2. der Versuch einer Deutung unternommen werden.

Betrachten wir zunächst die korrelativen Beziehungen zum subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden: In den Gruppenvergleichen wurde als Fremdeinschätzung das Urteil der Interviewerinnen herangezogen, da die Einschätzungen der Betreuerinnen hierfür nicht geeignet waren (vgl. 4.1.).

Wie erwartet werden konnte, leiden Probanden mit schlechterem gesundheitlichen Wohlbefinden eher recht oder sehr stark unter *Belastungen durch die Gesundheit*. Hierbei handelt es sich um 17 Pbn (77.3%) aus der Gruppe der im Selbsturteil und um 21 Pbn (84%) der im Fremdurteil zu den Gesünderen gerechneten Personen. Hingegen erleben diesen Grad von Belastungen nur 5 Pbn (38.5%) von den sich gesundheitlich besser Fühlenden im Selbsturteil sowie 1 Pbn (4%) im Fremdurteil (vgl. 4.6.2.2.2.). Auch *Stimmungen, Depressionen u.ä.* empfinden die sich im Fremdurteil schlechter Fühlenden häufiger (12 Pbn = 48.o%) als recht oder sehr stark als die Befragten aus der Gruppe mit besserem Befinden (2 Pbn = 2o%).

Weiterhin tritt hier ein Zusammenhang zur *Schichtzugehörigkeit* auf, der nicht überrascht. Wie bereits unter 1.3.2.2. behandelt, ist der objektive Gesundheitszustand, der das subjektive gesundheitliche Befinden mitbestimmt, in den oberen Schichten oft besser. In der untersuchten Stichprobe befinden sich in der Gruppe mit selbst eingeschätztem besseren gesundheitlichen Wohlbefinden 1o Pbn (77.o%) der Personen aus den oberen, jedoch nur 3 Pbn (23.1%) aus den unteren Schichten.

Ferner wurde eine Beziehung zwischen Probanden mit besserer *Schulbildung* (vgl. 4.6.2.2.1.) und dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden im Fremdurteil ermittelt. Bei keinem der Befragten mit qualitativ besserer Schulbildung wird das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden als schlecht oder eher schlecht eingeschätzt, während dies für 38.1% (8 Probanden) aus der Gruppe mit schlechterem Schulabschluß gilt.

Diese Ergebnisse können zum einen mit einer lebenslangen besseren Gesundheitspflege und Vorsorge (vgl. 1.3.2.1.) und auf diesem Wege mit einer tatsächlich besseren Gesundheit zusammenhängen. Anderer-

seits können sich hier möglicherweise durch einen anderen Erziehungsstil geprägte Unterschiede in der Persönlichkeit zeigen, etwa im Sinne von "sich nicht gehen lassen" und dem stärkeren Wunsch, den gewohnten Lebensstil fortzusetzen. Hierfür spricht auch in dieser Studie ein gefundener Zusammenhang zwischen höheren Schichten und größerer Aktivität. Selbst bei empfundenen gesundheitlichen Belastungen könnte diesen von den Angehörigen oberer Schichten (und der damit oft verbundenen besseren Schulbildung) durch eine intensivere Hinwendung zu noch möglichen Aktivitäten unter Umständen geringerer Wert beigemessen werden als von den Angehörigen unterer Schichten.

Auch hier läßt sich auf ähnliche Ergebnisse in anderen Untersuchungen hinweisen (vgl. u.a. SCHMITZ-SCHERZER et al., 1977, und 1.3.3.2.).

In den gefundenen Ergebnissen deuten sich weitere Beziehungen an, die ihre Erklärung ebenfalls in den oben genannten Ausführungen haben könnten. Soweit Angehörige der höheren Schichten als sich subjektiv schlechter fühlend eingeschätzt wurden (vgl. 4.6.2.2.2.), scheinen sie stärker unter Stimmungen und Depressionen zu leiden. 5o% (11 Probanden) geben hierdurch eine eher oder sehr starke Belastung an, jedoch nur 25.o% (3 Probanden) aus den unteren Schichten. Die Vermutung liegt nahe, daß dieser Personenkreis aus den geschilderten Gründen im Nicht-Wahrhaben-Wollen eines schlechten gesundheitlichen Wohlbefindens höhere Ansprüche an sich selbst stellt und die für die Verdrängung aufgewendete zusätzliche seelische Kraft in dieser defizitären Form kompensiert werden muß. Es könnte allerdings auch an seelische Erkrankungen oder Einsamkeit gedacht werden.

Einen großen Einfluß zeigt das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden im Fremdurteil auch auf die empfundene Art der *Sozialkontakte* (vgl. 4.6.2.2.1.). Während bei besserem Gesundheitszustand im Fremdurteil die erlebten Kontakte zu den Kindern als häufiger durchschnittlich oft empfunden wurden (71.4% = 5 Proban-

den), erlebten die Befragten mit schlechterem gesundheitlichen Befinden die Kontakte zu den Kindern als sehr oder eher häufig (47.1% = 8 Probanden) oder aber als sehr oder eher selten (47.1% = 8 Probanden). (Vgl. auch 1.3.3.2.)

Hier muß berücksichtigt werden, daß Angehörige der unteren sozialen Schichten sich Familienkontakten besonders häufig und intensiv widmen, so daß bei schlechtem gesundheitlichen Wohlbefinden, das in der vorliegenden Studie wie auch in anderen Untersuchungen (vgl. 1.2.3.1.) eher in den unteren Schichten anzutreffen ist, sich eine Gruppe der untersuchten älteren Menschen besonders häufige und innige Beziehungen zur Familie wünscht und auf empfundene Vernachlässigungen sehr sensibel reagiert. Die gefundenen Ergebnisse lassen keine Entscheidung darüber zu, inwieweit die als selten empfundenen Kontakte zu den Kindern tatsächlich als solche anzusehen sind. Es darf jedoch auch die Möglichkeit einer zunehmenden allgemeinen Abhängigkeitsentwicklung nicht gänzlich außer acht gelassen werden. Angehörige unterer Schichten mit geringerer Möglichkeit zur Entwicklung von Freizeitinteressen und Aktivitäten haben weniger gelernt, sich selbst zu leben und richten sich auch bei objektiv vorhandenen gesundheitlichen Belastungen möglicherweise verstärkt in einer Krankenrolle ein in der Hoffnung, über diesen Weg, der ja zudem noch weitgehend den Erwartungen der Gesellschaft entspricht, das Maß an Zuwendung zu erhalten, das sie sich wünschen.

Wie die Erfahrung lehrt, sind Kinder aber teilweise gar nicht in der Lage, die in sie gestellten Erwartungen zu erfüllen (vgl. 1.4.5.2.).

Unter diesem Aspekt könnten auch die Ergebnisse interpretiert werden, die zeigen, daß Probanden mit besserem gesundheitlichen Wohlbefinden (F) (3o.o% = 3 Probanden) häufiger den *geringen Kontakt zu ihren Kindern wegen räumlicher Entfernung* beklagen als diejenigen mit schlechterem Wohlbefinden (3.8% = 1 Proband). Diese Tatsache könnte so erklärt werden, daß die Gruppe der sich gesundheitlich schlechter und von den Kindern vernachlässigt Füh-

lenden diese Empfindungen gerade zeigt, weil die Kinder in der Nähe wohnen, während die Kinder der einen mangelnden Kontakt empfindenden Probanden aus der Gruppe der sich besser Fühlenden gerade, weil sie weiter entfernt, vielleicht in anderen Orten, leben, diesen Kontakt wegen des relativ guten Gesundheitszustandes ihrer Eltern glauben nicht intensivieren zu müssen.

Auch die empfundene *Einsamkeit* die in der vorliegenden Studie ebenfalls zum subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden im Fremdurteil in Beziehung steht, könnte zumindest teilweise in diesen Zusammenhängen ihre Erklärung finden. Niemand aus der im Fremdurteil sich gesundheitlich besser Fühlenden leidet unter Einsamkeit, hingegen 8 Probanden (3o.8%) aus der schlechter eingestuften Gruppe.

Weiter bietet sich ein Bezug zur sozialen Einbettung (vgl. 4.2.1.) an. Wie dort ausgeführt, haben nur 24 Personen Kinder oder Geschwister, und 14 Personen (38.9%) stehen unter dem Eindruck, keine Freunde zu besitzen, so daß insgesamt fast ein Drittel der Befragten (11 Probanden) = 31.4%) recht oder sehr stark und weitere 17 Probanden (48.6%) etwas unter Einsamkeit leiden. Diese empfinden häufiger Alleinstehende (16 Probanden = 59.3%) und Angehörige der unteren Schichten (6 Probanden = 5o.o%). Nur ein Drittel der unteren Schichten ist hierdurch nicht oder nur wenig belastet, hingegen 59.1% = 13 Probanden aus den höheren. Es darf vermutet werden, daß das allgemein schlechtere gesundheitliche Befinden der unteren Schichten und ihre damit verbundene stärkere Einschränkung der Mobilität wie aber auch die schichtspezifisch erklärbare geringere Fähigkeit zur Ausübung von Freizeitaktivitäten die gefundenen Zusammenhänge zum Ausmaß empfundener Einsamkeit in der untersuchten Stichprobe begründet.

5.2.2. ZUM ERLEBEN DER ALLTAGS-KOMPETENZ

Wie ist es unter den bisher geschilderten Lebensaspekten nun um die Alltags-Kompetenz der Probanden bestellt, die sowohl in der Selbsteinschätzung durch die Betreuten als in der Fremdeinschätzung durch die Betreuerinnen ermittelt wurde (vgl. 4.6.1.2.) und in der sich ohne Zweifel in besonderem Maße die geschilderten funktionellen Beeinträchtigungen, in erster Linie die Bewegungsbehinderungen, die jedoch auch durch sensorische Einbußen, wie z.B. eine stark verminderte Seh- und Hörfähigkeit beeinflußt sein können, niederschlagen müssen:

Betrachtet man die den fünf Bereichen *Körperpflege, Ernährung, Haushaltsführung, Gedächtnisleistungen* und *allgemeine Mobilität* zugeordneten einzelnen Fähigkeiten, so läßt sich unter Rückgriff auf die hierarchische Übersicht zum Aufbau von gemäß neurophysiologischen Gegebenheiten an Komplexität allmählich zunehmenden menschlichen Verhaltensweisen (vgl. LAWTON, 197o, unter 1.5.) zunächst aussagen, daß es einem recht hohen Anteil der Stichprobe noch relativ leicht erscheint, essentielle Fähigkeiten der Lebenserhaltung sowie auch einer gewissen physikalischen und instrumentellen Selbstversorgung auszuführen. Allerdings zeigt sich ein ähnliches Phänomen wie bei der Einschätzung des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens: Auch in der Eigeneinschätzung der Alltags-Kompetenz sehen sich die Befragten positiver als sie gesehen werden. Es sollen hier zunächst die Ergebnisse der Selbsteinschätzung zusammengefaßt werden.

Im Bereich der Körperpflege fällt es 31 - 22 Probanden (86.1% - 61.1%) sehr leicht bis leicht, ein WC zu benutzen, sich zu kämmen/zu rasieren und zu waschen. Hingegen empfinden es zwischen 25.o% (9 Pbn) und 41.7% (15 Pbn) bereits als schwer oder sehr schwer zu duschen, zu baden oder Nagelpflege zu betreiben. Die Probleme nehmen noch zu bei der Fußpflege, die für 63.9% (23 Probanden) schwierig oder sehr schwierig ist. (vgl. hierzu 1.3.4.3.)

Die Fremdeinschätzungen korrelieren mit Ausnahme der Einschätzung für die Nagelpflege signifikant mit den Selbsteinschätzungen, wobei die Werte allgemein etwas schlechter ausfallen.

Diese Tendenz (vgl. 4.6.1.2.) wird bei allen Tätigkeiten sichtbar bis auf diejenigen, die für die Probanden von vornherein als sehr schwierig angesehen wurden. Hier liegen die Selbst- und Fremdbeurteilungen dicht nebeneinander.

Zunächst läßt sich zusammenfassend aussagen, daß im Bereich der *Körperpflege* für ca. 3o% der Probanden in der Selbsteinschätzung und bis zu 5o% in der Fremdeinschätzung einige essentielle Fähigkeiten Probleme bereiten.

Im Bereich der *Ernährung* fällt das Essen 88.9% (32 Probanden) im Selbsturteil leicht bis sehr leicht, hingegen empfinden 41.7% (15 Probanden) bzw. 5o.o% (18 Probanden) das Kochen und Einkaufen als sehr schwer bis schwer. Auch hier ergeben sich signifikante Übereinstimmungen mit der Fremdeinschätzung, allerdings wiederum mit etwas schlechteren Werten. Die Betreuerinnen sind der Auffassung, es falle jedem zweiten Probanden schwer bis sehr schwer, zu kochen bzw. einzukaufen. Bei diesen Fähigkeiten dürfte sich das von den Befragten selbst angegebene hohe Ausmaß der Bewegungsbehinderungen und andere funktionelle Beeinträchtigungen schon stärker geltend machen (vgl. 1.3.4.3.).

Diese Ergebnisse setzen sich fort im Bereich der *Haushaltsführung*, soweit sie die eigene Beweglichkeit betreffen. Die besten Werte geben sich die Betreuten selbst noch für das Abwaschen (Mittelwert 2.25). Hingegen werden die Einschätzungen zunehmend schlechter. Das Waschen kleiner Wäscheteile fällt 41.7% (15 Probanden) sehr schwer und schwer, das Fegen und Staubsaugen sogar 58.3% (21 Probanden) bzw. 63.9% (23 Probanden). Schließlich erleben 8o.5% (29 Probanden) bzw. 86.1 (31 Probanden) das Aufwischen bzw. Fensterputzen als sehr problematisch.

Hier fällt das Fremdurteil noch kritischer aus, wenngleich wiederum signifikante bis sehr signifikante Übereinstimmungen zum Selbst-

urteil zu verzeichnen sind. Eine Ausnahme bildet lediglich das Staubwischen, wo das Fremdurteil in bemerkenswerter Weise schlechtere Werte zeigt als im Selbsturteil (Mittelwert 3.44 bzw. 2.oo).

Erstaunlich gut sind die Werte in der Selbst- und Fremdbeurteilung für den Bereich der *Gedächtnisleistungen*. 91.4% (32 Probanden) halten es für sehr einfach bzw. einfach, die nötige Medizin einzunehmen oder sicher mit Geld umzugehen. Ebenso einfach scheint es für 58.o% (21 Probanden) zu sein, rasch gewünschte Gegenstände zu finden.
Wiederum korrelieren die Selbst- und Fremdeinschätzungen signifikant.

Es sei an die weiteren objektiv ermittelten günstigen Werte zur geistigen Gesundheit erinnert, die von den Interviewerinnen und Betreuerinnen bei 61% bis 75% der Stichprobe als eher gut bis sehr gut eingestuft wurden (vgl. auch 1.3.4.2.).

Im Bereich der *Mobilität* hingegen zeigen sich große Unterschiede im Ausmaß der einzelnen Fähigkeiten.

72.2% (26 Probanden) halten es für leicht bzw. sehr leicht (nur 5.6% = 2 Probanden für schwierig), sich sicher innerhalb der Wohnung zu bewegen, wie auch Besuch zu empfangen (61.1% = 22 Probanden). Alle übrigen Aktivitäten fallen diesen Befragten durchschnittlich weder leicht noch schwer. Andererseits ergeben sich hierbei für eine Gruppe von etwa 3o% - 5o% in unterschiedlichem Maße Probleme. 33.3% (12 Probanden) fällt es schwer oder sehr schwer, sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben, 36.1% (13 Probanden) Besuche zu machen, und 47.2% (17 Probanden), sich sicher zu Fuß im Straßenverkehr zu bewegen bzw. öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Auch hier zeigen sich mit Ausnahme der Kompetenz, sich sicher innerhalb der Wohnung zu bewegen, signifikante Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdurteil mit einer geringeren Kompetenzbewertung durch die Betreuerinnen.

Zusammenfassend läßt sich aussagen, daß sich die eingeschränkte körperliche Beweglichkeit am stärksten in Fähigkeiten, wie Staubsaugen, Fensterputzen, Fegen und Aufwischen bemerkbar macht. Es wird im übrigen auf die wesentlichen Übereinstimmungen zwischen den hier gefundenen Kompetenzergebnissen generell und anderen Untersuchungen hingewiesen (vgl. 1.3.4.2.), die auch den vorhandenen Bedarf älterer Menschen an Hilfestellung bei einer Reihe von Tätigkeiten der Haushaltsführung bekräftigen (vgl. 1.4.5.2.).

Zur Frage *allgemeiner Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten* geben 15 Probanden (44.1%) in der Selbsteinschätzung an, bei ziemlich vielen Dingen bis völlig auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. In der Fremdeinschätzung durch die Betreuerinnen wird dies bei 14 Probanden vermutet. Auch hier ergibt sich eine hohe Übereinstimmung.

Bei Betrachtung zunächst der sich aufgrund der Selbsteinschätzung ergebenden korrelativen Zusammenhänge zur Alltags-Kompetenz (vgl. 4.6.1.3.) zeigt sich ein Bezug zum *Lebensalter* für die Tätigkeiten Haarwaschen und Nagelpflege. Diese Tätigkeiten fallen den Jüngeren leichter als den Älteren (55.o% = 11 Pbn bzw. 65.o% = 13 Pbn gegenüber 25% = 4 Pbn bzw. 37.5% = 6 Pbn).

Ferner sind Zusammenhänge festzustellen zwischen der Fähigkeit zur Fußpflege und dem *Geschlecht* und *Familienstand*. Die Fußpflege fällt den Männern zu 5o.o% = 6 Pbn eher oder sehr leicht, dagegen den Frauen nur zu 16.7% = 4 Pbn.

77.8% (7 Pbn), der *Verheirateten* fällt die Fußpflege schwer oder sehr schwer, aber nur 59.3% der Alleinstehenden.

Hierzu liegen eine Reihe gerontologischer Studien vor (vgl. 1.3.4.3.), die - medizinisch bedingt - eine bessere Kompetenz, auch im höheren Alter mit dem Bücken und Strecken verbundene Tätigkeiten auszuführen, bei den männlichen Stichproben aufweisen. Sie dürfte auch für die weiter unten angegebenen besseren Werte der Männer für das Fegen und Staubsaugen in Betracht kommen.

Ferner sehen das Fegen 88.9% (8 Pbn) alle Verheirateten als schwierig oder sehr schwierig an, aber nur 48.1% (13 Pbn) der Alleinstehenden. Möglich wäre, daß die Gruppe der Verheirateten eher unter Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates oder auch Sehbehinderungen leidet als die Alleinstehenden. Diese Vermutung wird auch durch das Ergebnis gestützt, wonach Verheiratete häufiger Radio hören (vgl. 4.3.2.). 5o.o% (6 Pbn) der Männer halten das Fegen für leicht, aber nur 12.5% der Frauen.

Das Staubwischen zeigt einen Zusammenhang zum *Alter*. 16 Personen (85.o%) der jüngeren Gruppe fällt diese Tätigkeit sehr oder eher leicht, aber nur 7 Personen (43.8%) aus der Gruppe der Älteren.

Eine weitere wichtige Beziehung besteht zwischen dem *subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden* und der Haushaltsführung. 73.9% (17 Pbn) mit schlechtem Befinden im Selbsturteil halten das Fegen für schwierig bis sehr schwierig, hingegen nur 3o.8% (4 Pbn) mit besserem Befinden.

Das gesundheitliche Wohlbefinden macht sich auch geltend im Bereich der Ernährung. Hier fällt von den sich im Fremdurteil schlechter Fühlenden 61.5% (16 Pbn) das Einkaufen schwer oder sehr schwer, aus der anderen Gruppe hingegen nur 2o.o% (2 Pbn).

Alter und *Schulbildung* zeigen ihren Einfluß bei einigen Gedächtnisleistungen. Auch hier haben die Jüngeren die besseren Werte. 89.5% (17 Pbn) dieser Gruppe fällt es leicht, die nötige Medizin einzunehmen, hingegen nur 56.3 (9 Pbn) der Älteren.

Interessant ist, daß sich die Probanden mit schlechterer Schuldung in der Fähigkeit, schnell gewünschte Gegenstände finden zu können, mehr Kompetenz zutrauen als die Gruppe mit höherer Schulbildung. Nur 14.3% (3 Pbn) der ersteren Gruppe halten dies für schwer oder sehr schwer, aber 4o.o% (6 Pbn) der letzteren.

Möglicherweise verhalten sich die Personen mit besserer Schulbildung etwas selbstkritischer bzw. stellen höhere Ansprüche an ihre Leistungen.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Zusammenhängen, die sich aufgrund der Kompetenz-Fremdeinschätzung ergeben, so können folgende Aussagen getroffen werden: Es fällt den *Jüngeren* das Baden zu 55.o% (11 Pbn) eher leicht oder sehr leicht, dagegen den Älteren nur zu 18.8% (3 Pbn). Die *Schulbildung* ist von Bedeutung beim Haarwaschen und der Nagelpflege. Hier werden bei den Probanden mit schlechterer Schulbildung weniger Probleme gesehen. Jeweils 33.3% (7 Pbn) fällt diese Tätigkeit eher leicht bis sehr leicht, jedoch keinem mit höherer Schulbildung.

Hierfür könnten lebenslange Gewohnheiten (häufigere Friseurbesuche und Maniküre in früheren Jahren) die Begründung bilden. Den Männern fällt nach Meinung der Betreuerinnen das Kämmen/ Rasieren in hohem Ausmaß häufiger eher bis sehr leicht (8 Pbn = 66.6%) als den Frauen (8 Pbn = 33.3%). Die Unterschiede dürften sich auf das Kämmen beziehen und geschlechtsspezifisch leicht einsehbar sein.

Im Bereich der Haushaltsführung zeigen sich Unterschiede beim Staubsaugen. Die Betreuerinnen halten es bei 16.7% (2 Pbn) der *Männer* für einfach, aber bei niemandem aus der Gruppe der Frauen.

Im Bereich der Ernährung ergibt sich ein Bezug zum *Alter* wie auch zum *gesundheitlichen Wohlbefinden*. Das Essen fällt im Urteil der Betreuerinnen 17 Personen (85%) der jüngeren Altersgruppe sehr leicht bis leicht, hingegen nur 8 Personen (5o%) der älteren. Weiter halten die Betreuerinnen das Essen in der Gruppe der sich im Fremdurteil gesundheitlich schlechter Fühlenden nur bei 61.5% (16 Pbn) für einfach oder sehr einfach, hingegen bei 9o.o% (9 Pbn) der Befragten mit besser eingeschätztem Befinden.

Ferner wird bei den sich selbst besser Fühlenden das Kochen häufiger für leicht oder sehr leicht gehalten (38.5% = 5 Pbn) als bei den sich schlechter Fühlenden (17.3% = 4 Pbn).

Schließlich gibt es drei bedeutsame Beziehungen zwischen Fähigkeiten im Bereich der Mobilität und dem gesundheitlichen Wohlbefinden. Nach Meinung der Betreuerinnen fällt es Probanden mit im Selbsturteil schlechterem gesundheitlichen Wohlbefinden häufiger eher bis sehr schwer, sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben (15 Pbn = 65.2%) als den sich besser fühlenden Befragten (5 Pbn = 38.5%). Die gleichen Werte zeigen sich für die Fähigkeit, sich im Straßenverkehr sicher zu Fuß zu bewegen und dem gesundheitlichen Wohlbefinden im Fremdurteil. Eine letzte Beziehung ist feststellbar hinsichtlich der Fähigkeit Besuche zu machen. Bei Probanden mit besserem gesundheitlichen Wohlbefinden im Fremdurteil werden hierbei weniger Schwierigkeiten vermutet. Lediglich 2 Probanden (2o%) aus der sich besser fühlenden Gruppe fallen Besuche eher bis sehr schwer, aber 14 Befragten (53.9%) aus der schlechter eingeschätzten Gruppe.

Befassen wir uns nun mit den möglichen Gründen für die zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen auftretenden Diskrepanzen. Wie unter 4.6.1.2. bzw. 4.6.2.1. dargestellt, liegen sowohl in der Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens als auch in der Alltags-Kompetenz die von den Probanden gegebenen Werte im ersten Durchgang für eine Reihe von Fähigkeiten beträchtlich über den Fremdbeurteilungen, fallen also günstiger aus.

Für diesen Gesundheitsoptimismus (vgl. 1.3.3.2.) lassen sich mehrere Gründe heranziehen. Zum einen könnte auch in der untersuchten Stichprobe das unter 1.2.2.2. behandelte negative Alterssstereotyp (Altsein bedeutet Wertlosigkeit durch Abbau und Nutzlosigkeit) ältere Menschen dazu veranlassen, sich nach außen hin den Anstrich einer besseren gesundheitlichen Befindlichkeit zu geben in dem Wunsch, sich allgemein ein gewisses Maß sozialer Anerkennung zu erhalten. Diese Vermutung wäre auf dem Hintergrund der unter 1.2.2.1. diskutierten noch bestehenden Verunsicherung der älteren Generation in Bezug auf für sie geltende Entwicklungsnormen und Wertmaßstäbe anzusiedeln, denen ein Teil der Älteren durch die Herstellung einer überhöht positiven Selbstbeurteilung zu begegnen trachtet.

Auf der anderen Seite könnten die überhöht wirkenden Einschätzungen eigener Kompetenzen aber auch auf einer Begründung beruhen, die im Vergleich mit dem Befinden und den Kompetenzen anderer Personen ähnlicher Altersgruppen zu suchen wäre (vgl. u.a. THEISSEN, 197o, S. 35). Unter diesem Aspekt würden die wesentlich jüngeren Interviewerinnen/Betreuerinnen an die zu Tage tretenden Fähigkeiten der Befragten andere Maßstäbe anlegen und die Einschätzungen "gut" bis "schlecht" für beide Seiten etwas anderes bedeuten. Es wäre denkbar, daß dadurch im ersten Durchgang dem Geschwindigkeitsfaktor eine wesentliche Rolle für die auftretenden Unterschiede zufiele und für ältere Menschen zunehmend die *Bewältigung* einer Aufgabe und weniger der Zeitumfang, der dafür erforderlich ist, bestimmend wird.

Diese veränderte Einstellung dürfte zumindest teilweise durch den Betreuungseinfluß (vgl. 5.6.) zustande kommen. Es darf dabei allerdings nicht übersehen werden, daß wesentliche Abweichungen in der Alltags-Kompetenz sich ohnehin nur in den Bereichen zeigen, die nicht von vornherein weitgehend von den Betreuerinnen übernommen wurden und die verbleibenden Aufgaben größtenteils in deren Abwesenheit ausgeführt werden, so daß bei den Rückschlüssen der Außendienst-Mitarbeiterinnen auf die jeweiligen Fähigkeiten der Betreuten in manchen Fällen auch eine gewisse Unterbewertung nicht ganz auszuschließen ist. Hierauf könnte auch die zwischen den Einschätzungen der Betreuten und Betreuerinnen liegende Bewertung des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens durch die Interviewerinnen hindeuten.

5.3. WEITERE MERKMALE IN IHRER BEZIEHUNG ZUM GESUNDHEITLICHEN WOHLBEFINDEN UND ZUR ALLTAGS-KOMPETENZ

Werfen wir nun im Lichte der zum Gesundheitszustand und der Alltags-Kompetenz gefundenen Werte noch einmal einen Blick auf das selbst eingeschätzte *Interessen- und Aktivitätenspektrum* der untersuchten Stichprobe (vgl. 4.3.1.).

Wie unter 1.5. entwickelt, sollten die hierdurch gesammelten Informationen einerseits eine Validierungsfunktion für die Werte der Alltags-Kompetenz darstellen - allerdings unter dem Aspekt, daß die genannten Aktivitäten weitgehend nicht mehr als obligatorisch für die Bewältigung des Alltags anzusehen seien - ; andererseits konnten die ermittelten Werte weitere Einsichten in den Umfang sowohl der gewünschten als auch der tatsächlichen sozialen Einbettung der Probanden gewähren.

Hierbei ist zu bedenken, daß die gezeigten Interessen (auch unter Berücksichtigung einer möglichen Ausrichtung zur sozialen Erwünschtheit) Ausdruck der der Persönlichkeit innewohnenden emotionalen und kognitiven Bereiche sind, während die real ausgeübten Aktivitäten hiervon aus unterschiedlichen Gründen beträchtlich abweichen können (vgl. SCHMITZ-SCHERZER, 1974).

Das Interesse an Hausarbeit ist weniger als mittelmäßig ausgeprägt (nur 22.2% = 8 Pbn interessieren sich sehr oder eher stark dafür) und gering auch am Besuch von fortbildenden, politischen und sportlichen Veranstaltungen sowie Hilfeleistungen bei Freunden. Stärker aktive Tätigkeiten, wie Hobbies (nur bei 27.8% (1o Pbn) von starkem Interesse), Bücherlesen (nur bei 3o.6% (11 Pbn) von eher starkem bis sehr starkem Interesse), Spiele finden ebenfalls im Durchschnitt geringer als mittelmäßig ausgeprägtes Interesse. Dies gilt auch für Fragen der Religion und des Kirchenbesuches (nur 25% = 9 Pbn bzw. 3o.6% = 11 Pbn besuchen öfter oder sehr oft die Kirche bzw. sind mit religiösen Dingen befaßt).

Von etwas größerem Interesse ist der Besuch eines Cafés oder Restaurants, doch am stärksten sind die Interessen gerichtet auf den Besuch von Geselligkeiten und kulturellen Veranstaltungen, Reisen, Ausflüge oder Spaziergänge sowie im häuslichen Bereich auf Information und Unterhaltung durch Fernsehen, Radio und Zeitungen bzw. Illustrierte (vgl. 1.2.3.1.).

Es fällt auf, daß da, wo es den älteren Menschen am leichtesten fällt, Interessen auch in die Tat umzusetzen, dies offenbar geschieht, wie z.B. die starke Aktivität im Konsum von Massenmedien beweist. Auch Spaziergänge finden statt. Jeder zweite Proband geht öfter oder sehr oft spazieren. Starke Diskrepanzen hingegen ergeben sich zwischen Interesse und Ausführung etwa bei der Hausarbeit, die trotz geringem Interesse 86.1% (31 Pbn) öfter oder sehr oft beschäftigt. Es ist denkbar, daß besonders bei Bewegungsbehinderungen das von sich selbst geforderte Maß an eigener Bewältigung täglich anfallender häuslicher Aufgaben einen beträchtlichen Teil der Tageszeit in Anspruch nimmt.

Man könnte ferner vermuten, daß ein Teil der älteren Menschen sich hiermit auch in Ermangelung anderer interessanter Tätigkeiten die Zeit vertreibt, zumal, wenn Seh- und Hörbehinderungen dem Fernsehen, Radiohören oder Lesen ohnehin Grenzen setzen.

Es wäre möglich, daß hier die von WHITE (1959) konstruierte und unter 1.1.2.1. behandelte 'effectance urge' im Sinne von Beeinflussung, Bewältigung oder Kontrolle der Umwelt wirksam wird, die zweifelsohne - wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß - in Form einer gewissen Leistungsbereitschaft im älteren Menschen persönlichkeitsbedingt weiterlebt und sich, zumindest in den unteren Schichten, in Ermangelung anderer Gegebenheiten auf Tätigkeiten im Haushalt konzentriert (vgl. auch 1.3.4.4.).

Ähnliche Diskrepanzen zwischen Interesse und Durchführung treten beim Reisen oder bei den Ausflügen, die durchschnittlich nur selten unternommen werden, nur 25.o% (9 Pbn) bzw. 16.7% (6 Pbn) tun dies öfter oder oft, wie auch der Besuch von geselligen Veranstaltungen, auf. Weiter ist ein starkes Interesse am Empfangen oder Abstatten von häuslichen Besuchen festzustellen, zu denen es aus der Sicht der Probanden im Durchschnitt nur selten bis gelegentlich kommt, nur 3o.6% (11 Pbn) halten diese für häufig oder sehr häufig.

Zu bedeutsamen Zusammenhängen ist folgendes auszusagen: Befragte mit besserer Schulbildung interessieren sich weniger für das Fernsehen und das Spazierengehen als Angehörige der unteren Schichten. Das Interessenausmaß ist eher bis sehr stark bei 7 Pbn (46.7%) bzw. 6 Pbn (4o.o%) gegenüber 16 Pbn (76.o%) bzw. 17 Pbn (8o.9%). Alleinstehende Personen (die ja eher Frauen sind) äußern ein stärkeres Interesse an Besuchen als Verheiratete. Frauen sind eher interessiert am Basteln, Handarbeiten, Malen etc. als Männer und widmen sich häufiger Besuchen als Männer (selten bis nie 9 Pbn (37.5%) gegenüber 8 Pbn (66.7%)). Alleinstehende informieren sich häufiger über den Stadtteil, während Verheiratete stärker Radio hören wie auch gesundheitlich sich schlechter Fühlende.

Das *gesundheitliche Wohlbefinden* im Selbst- und Fremdurteil scheint auch im Zusammenhang mit einer weiteren Anzahl von ein gewisses Maß an Beweglichkeit bzw. Mobilität voraussetzenden Aktivitäten (vgl. 4.6.2.2.1.) zu stehen. Insgesamt dürften die hierbei gefundenen Werte die Ergebnisse zum Gesundheitszustand und zur Alltags-Kompetenz stützen und die Vermutung rechtfertigen, daß auch im Interessen- und Aktivitätenbereich eine starke gesundheitliche Komponente wirksam wird. Obgleich erkennbar ist, daß Angehörige der oberen Schichten häufiger Tageszeitungen und Illustrierte lesen, lassen ihre gleichfalls stärkeren Aktivitäten bei Haushaltsverrichtungen wiederum auch auf das bei ihnen festgestellte bessere gesundheitliche Wohlbefinden schließen.

Die *Häufigkeit der Teilnahme* von Probanden an Angeboten des "HAUS IM PARK" scheint die Bedeutung des gesundheitlichen Aspektes zumindest teilweise weiter zu bekräftigen.

Wie unter 4.4.2. dargestellt, besucht ein Viertel das Haus überhaupt nicht und weitere 38.9% (14 Pbn) ganz unregelmäßig. Nur 36.1% (13 Pbn) suchen es ein- bis zweimal monatlich oder häufiger auf, unter ihnen 7 "Dauergäste" (19.4% der Gesamtstichprobe), die ihr Leben ganz auf diese Einrichtung ausgerichtet haben, wobei von den Angeboten noch am häufigsten der literarische Nachmittag besucht (6 Pbn = 16.7%) wird.

Eine offene Frage nach Wünschen und Problemen hinsichtlich des "HAUS IM PARK" berührt in der Mehrheit die schlechte Erreichbarkeit, die offenbar wiederum gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Vordergrund rückt. Auch hier kann festgestellt werden, daß bei den Befragten ein starker Wunsch nach sozialer Integration besteht, der zwar teilweise aus sozio-ökonomischen Gründen, wohl aber auch unter Einfluß der gesundheitlichen Behinderungen nicht ausreichend abgedeckt werden kann.
Diesen Gegensatz zwischen Wunsch und Wirklichkeit, der sich u.a. in den geäußerten Einsamkeitsgefühlen zeigen dürfte, muß der ältere Mensch schmerzlich empfinden.

Angesichts des insgesamt hier zusammengetragenen Materials kristallisieren sich folgende *allgemeine Gruppierungen* heraus: (Die Fähigkeiten werden jeweils in absteigender Reihenfolge genannt.)

Bis zu rund 75% (27 Personen) fällt es eher leicht bis sehr leicht, die nötige Medizin einzunehmen, zu essen, sicher mit Geld umzugehen, das WC zu benutzen, sich anzukleiden, sich zu kämmen/rasieren, sich sicher innerhalb der Wohnung zu bewegen.

Noch zwischen rund 6o% - 5o% der Stichprobe (24 - 19 Personen) halten es für eher leicht bis sehr leicht, sich zu waschen, zu duschen, Besuch zu empfangen, Staub zu wischen, abzuwaschen, schnell gewünschte Gegenstände zu finden, zu baden und Nagelpflege zu betreiben.

Es folgt eine Gruppe ab rund 5o% - 4o% (18 - 14 Personen), die es noch als eher leicht bis sehr leicht empfinden, sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben, Besuche zu machen, das Haar zu waschen, zu kochen und einzukaufen. Die Aussagen über die ausgeübten Aktivitäten (vgl. 4.3.1.) bestätigen diese Gruppierung z.B. durch die Angabe, daß rund 5o% der Stichprobe häufig Spaziergänge unternimmt.

Eine weitere Gruppe von rund 3o% - 25% (11 - 9 Personen) sehen keine Schwierigkeiten beim Waschen kleiner Wäschestücke, den

Fähigkeiten, sich sicher zu Fuß im Straßenverkehr zu bewegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, beim Staubsaugen, bei der Fußpflege und beim Fegen.

Das Fensterputzen und Aufwischen allerdings erscheint nur 5.6% - 8.4% (2 - 3 Personen) eher bis sehr leicht.

Sehr belastete Menschen sind in der Umkehrung erkennbar:

Nur bis rund 2o% (1 - 7 Personen) fällt es schwer bis sehr schwer, das WC zu benutzen, die nötige Medizin einzunehmen, zu essen, sich zu kämmen/rasieren, sich sicher in der Wohnung zu bewegen, sicher mit Geld umzugehen, sich anzukleiden, Staub zu wischen, Besuche zu empfangen, sich zu waschen und abzuwaschen.

Zwischen rund 25% - 5o% (9 - 17 Personen) halten es für schwer bis sehr schwer, zu duschen, schnell gewünschte Gegenstände zu finden, zu baden, Nagelpflege zu betreiben, sich sicher von der Wohnung auf die Straße zu begeben, Besuche zu machen, das Haar zu waschen, zu kochen, kleine Wäscheteile zu waschen, sich zu Fuß sicher im Straßenverkehr zu bewegen, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Hierunter dürfte sich vermutlich auch die Gruppe von 9 Personen (25% der Stichprobe) befinden, die das "HAUS IM PARK" nie aufsucht.

Bei zwischen rund 5o% - 65% (18 - 23 Personen) scheint in unterschiedlichem Ausmaß das Einkaufen, Fegen, die Fußpflege und das Staubsaugen mit großen Schwierigkeiten verbunden.

Schließlich halten 86.1% (31 Personen) das Fensterputzen und 8o.5% (29 Personen) das Aufwischen für eher bis sehr schwer.

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Angaben über die *Persönlichkeit der Probanden* wie sie von den Betreuerinnen, also ihrer Umwelt, wahrgenommen wird. Wie unter 4.5.1. ausführlich beschrieben, fällt dieses Urteil recht günstig aus.

Hier sollen die wesentlichsten Einschätzungen herausgegriffen werden. Danach werden die Probanden in ihrem Umgang mit eigenen

Problemen zu 72.2% (26 Pbn) als tapfer, zu 69.4% (25 Pbn) als nicht mehr Hilfe als nötig in Anspruch nehmend geschildert, wobei sich 69.9% (23 Pbn) für ihre Probleme selbst verantwortlich fühlen und 72.2% (26 Pbn) als lebenstüchtig, d.h. kompetent, empfunden werden, dagegen nur jeweils 9 Pbn (25.o%) als lebensuntüchtig bzw. wehleidig. In ihren Beziehungen zu anderen Menschen (und das dürfte über ihr Verhalten den Betreuerinnen gegenüber hinausgehen) wirken sie zu 94.4% (34 Pbn) als höflich, zu 72.2% (26 Pbn) als warmherzig, jeweils zu 66.7% (24 Pbn) tolerant und bereit, sich in Frage zu stellen. 75.o% (27 Pbn bzw. 69.4% (25 Pbn) geben sich so, wie sie wirklich sind und können freimütig über sich sprechen. Allerdings werden nur 41.7% (15 Pbn) für flexibel und umstellungsfähig gehalten.

Sehr wichtige Hinweise zu ihrem Selbstbild geben die Urteile, daß 91.7% (33 Pbn) sich selbst zu akzeptieren scheinen, 69.4% (25 Pbn) sich geliebt und 63.9% (23 Pbn) sich als wertvoll empfinden. 27.8% (1o Pbn) hingegen scheinen sich offenbar für wertlos zu halten. 52.8% (19 Pbn) erscheinen festgefahren, doch wiederum derselbe Prozentsatz vorurteilsfrei, und 58.3% (21 Pbn) vertrauen anderen. Ihre Einstellung zum Leben allgemein wird in den Einschätzungen erkennbar, wonach doch immerhin 61.1% (22 Pbn) mit dem vergangenen und dem gegenwärtigen Leben zufrieden scheinen, allerdings eben auch über ein Drittel damit wohl unzufrieden ist.

Die Probanden aus den unteren Schichten werden etwas intoleranter gesehen (46.2% (6 Pbn) vs. 27.3% (6 Pbn) und ganz erheblich mißtrauischer (61.5% (8 Pbn) vs. 27.3% (6 Pbn). Verheiratete lassen den anderen eher selbst bestimmen (77.8% (7 Pbn) vs. 55.6% (15 Pbn) und dirigieren weniger als Alleinstehende (22.2% (2 Pbn) vs. 37.o% (1o Pbn). Probanden mit schlechterer Schulbildung lehnen andere Menschen eher ab als mit besserer Schulbildung (23.8% (5 Pbn) vs. o.o%). Außerdem wirken sie kühler (33.3% (7 Pbn) vs. 13.3% (2 Pbn).

Von ganz besonderer Relevanz und in Übereinstimmung mit anderen gerontologischen Studien (vgl. u.a. LEHR, 1978a) aber scheint

die Aussage zu sein, daß Frauen wesentlich häufiger von ihrem bisherigen Leben enttäuscht scheinen als Männer (45.8% (11 Pbn) vs. 25.o% (3 Pbn) und in geringerem Maße hiermit zufrieden (54.2% (13 Pbn) vs. 75.o% (9 Pbn).

Eine weitere wichtige Aussage ist darin zu sehen, daß sich die Probanden mit überdurchschnittlich gutem gesundheitlichen Wohlbefinden sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil stärker als wertvoll empfinden als die Probanden mit schlechterem subjektiven Gesundheitszustand (8o.o% (8 Pbn (F) bzw. 84.6% (11 Pbn (S) vs. 57.7% (15 Pbn (F) bzw. 52.2% (12 Pbn (S).

Ferner wird niemand mit besserer subjektiver Gesundheit (S) als wehleidig beurteilt, hingegen 39.1% (9 Pbn) der sich schlechter Fühlenden. Auch wird in dieser Gruppe ein größeres Bedürfnis vermutet, sich hilfsbedürftiger zu geben, als sie es wirklich sind (43.5% (1o Pbn) vs. 7.7% (1 Pb).

Die Daten dürften in mehrfacher Weise weitere Auskunft geben über die von den älteren Menschen angewandten Reaktionsformen auf ihre individuelle Lebenssituation. Konnten schon die vorerwähnten in der Eigeneinschätzung besseren Mittelwerte im subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden und in der Alltags-Kompetenz allgemein als Beweis des Bemühens um Erhaltung oder Wiederherstellung eines inneren Gleichgewichtszustandes (vgl. 1.2.3.1.) durch eine kognitive Umstrukturierung gewertet werden, so lassen sich die unterschiedlichen Daseinstechniken im entworfenen Persönlichkeitsprofil teilweise noch exakter verfolgen und erlauben gewisse Rückschlüsse auf den Grad einer erfolgreichen Anpassung an das höhere Alter.

Als günstigere Voraussetzungen hierfür erweisen sich auch in dieser Beurteilung bessere sozio-ökonomische Gegebenheiten, die über ein objektiv und subjektiv größeres gesundheitliches Wohlbefinden häufiger ein positiveres Selbstbild nach sich ziehen. Dieses muß verständlicherweise in dem Maße abnehmen, in dem die Selbstachtung wegen empfundener Inkompetenz zu von sich erwar-

teten Fähigkeiten sinkt (vgl. auch 1.3.2.2.), und dürfte sich auch auf die Art des Umgangs mit anderen Menschen auswirken.

Es zeigt sich außerdem das vermutlich wiederum schichtspezifisch zu begründende Ergebnis, wonach Personen mit schlechterem gesundheitlichen Wohlbefinden sich häufiger als wehleidig sowie als hilfsbedürftiger als nötig darstellen.

Hier läßt sich leicht ein möglicher Bezug herstellen zu der Gruppe der sozial schlecht gestellten, zumeist alleinstehenden Personen der unteren Schichten, die, zumal, wenn auch objektiv gesundheitlich belastet, in Ermangelung erlernter Möglichkeiten zur aktiven Lebensgestaltung die Reaktionsform des "Sichverlassens auf andere" wählen (vgl. auch 5.2.).

Es darf weiterhin angenommen werden, daß sich ein Teil dieser Gruppe auch unter dem Frauenanteil der Stichprobe befindet, die vom Leben enttäuscht bzw. damit nicht zufrieden ist. Auch finanzielle Aspekte dürften eine Rolle spielen.

In diesen Fällen kann selbstverständlich nicht von einem erfolgreichen Altern gesprochen werden, was THOMAE und KRANZHOFF (1979, S. 83) zu der Feststellung veranlaßt, .."daß in unserer Gesellschaft Altersschicksale existieren, die als nicht bewältigbar angesehen werden müssen".

Demgegenüber ist der auf rund zwei Drittel geschätzte Anteil der als lebenstüchtig und kompetent, also zu einer aktiven Auseinandersetzung mit auch schwierigen Situationen fähig, eingeschätzten Personen angesichts des hohen Durchschnittsalters bemerkenswert, wobei als für die vorliegende Studie besonders relevant hervorgehoben werden muß, daß die geschilderten unterschiedlichen Verhaltensweisen nicht in direktem Zusammenhang mit dem Lebensalter stehen.

Die hier gezeigte Kompetenz, die damit auch auf eine ausreichende Alltags-Kompetenz hindeuten und im Ausmaß gut mit den ermittelten Kompetenz-Gruppierungen übereinstimmen würde, dürfte, ver-

bunden mit einem weitgehend positiven Selbstbild, insgesamt als ein recht gutes Maß erfolgreicher Anpassung an die Anforderungen des höheren Alters gewertet werden.

5.4. KONSTANZ UND VERÄNDERUNG IM ZEITLICHEN ABLAUF ALS AUSDRUCK VON ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN IM HÖHEREN ALTER

Betrachten wir nun die feststellbare Entwicklung:

Zur Veränderung des *Interessen- und Aktivitätenumfanges* (vgl. 4.3.2.) ist zu bemerken, daß das Interesse für eine Reihe von Aktivitäten abgenommen hat, die Mobilität oder eine körperliche Geschicklichkeit erfordern. Hierzu zählen politische und fortbildende Veranstaltungen, der Besuch von Geselligkeiten, allerdings auch die Beschäftigung mit Informationen über den Stadtteil sowie mit religiösen Inhalten. Weiter zeigt sich eine Verringerung des Interesses am Basteln, Handarbeiten und Malen. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß es sich dabei größtenteils auch um Interessen handelt, die bereits im 1. Durchgang nicht hoch ausgeprägt waren. Hingegen erfolgte ein starker Anstieg des Interesses am Radiohören und Fernsehen, also an häuslichen Aktivitäten, deren Werte die stärkste Ausprägung erfuhren und wohl am ehesten einen Bezug zur abnehmenden Gesundheit erlauben. Es ist auf die zwar erhöhte Zunahme des Interesses am Fernsehen, nicht aber der tatsächlichen Ausführung hinzuweisen, die auf eine empfundene Belastbarkeitsgrenze der Sinnesorgane deuten könnte.

Die Zunahme an funktionellen Einbußen scheint sich ferner in der Abnahme von Verrichtungen im Haushalt sowie auch von Kirchenbesuchen, religiös motivierter Tätigkeiten und des Bücherlesens niederzuschlagen. Es wird an dieser Stelle jedoch ebenfalls eine bereits unter 4.3.1. erwähnte mögliche Passivität zumindest bei

einem Teil der untersuchten Stichprobe in Erwägung gezogen, die nicht nur durch den Gesundheitszustand zu erklären ist, sondern teilweise auch schichtbedingt sein dürfte.

Eine signifikante Zunahme des Besuches von Geselligkeiten bei gleichzeitiger Abnahme des Interesses daran ließe sich vielleicht bei einigen Personen mit dem Erwerb von Abonnements am neu erbauten Theater erklären, die man auch bei nachlassendem Interesse infolge gesundheitlicher Veränderungen ungern abgeben würde, um einen gewissen Kontinuitätsverlust zu vermeiden.

Im Bereich der *Sozialkontakte* (vgl. 4.2.3.) zeigen sich keine neuen Ergebnisse. Dies kann zwar sowohl als positive wie auch als negative Konstanz gedeutet werden insofern, als damit auch das empfundene Defizit im Ausmaß der Kontakte und der Umfang empfundener Einsamkeit erhalten geblieben sein könnte.

Im *gesundheitlichen Bereich* (vgl. 4.6.2.3.) ergeben sich im Zeitraum zwischen der 1. und der 2. Befragung eine Reihe signifikanter Verschlechterungen, die neben einem vermehrten Auftreten von Krankheiten der Verdauungsorgane u.a. zu einer starken Zunahme der Zahl von Erkrankungen der Wirbelsäule und Gelenke (19.4% = 7 Personen gegenüber 3o.6% = 18 Personen) und in diesem Zusammenhang zu einer Zunahme empfundener Bewegungsbehinderungen und des Gebrauches von Gehhilfen führten. Weiter erhöht sich die Zahl sensorischer Störungen, insbesondere der Hörfähigkeit, und die Anzahl der täglich eingenommenen Medikamentensorten steigt von 3.25 auf 4.25. Ferner ist (bei 53.3% = 3o Pbn) eine schlechtere, wenngleich noch immer sehr positive Fremdeinschätzung der zeitlichen Orientierungsfähigkeit sowie (bei 33.3% = 12 Pbn) des generellen Realitätsbezuges festzustellen.

Auf der Grundlage des bisherigen Interpretationsansatzes dürfte besonders durch die Zunahme funktioneller Beeinträchtigungen der Rückgang des selbst eingeschätzten gesundheitlichen Wohlbefindens bei 36.1% = 13 Pbn (M_1 = 3.17 gegenüber M_2 = 2.78) zu begründen sein, das in der Fremdeinschätzung keine bedeutsamen Veränderungen aufweist.

Auch in der *Alltags-Kompetenz* lassen sich (vgl. 4.6.1.4.) besonders, soweit funktionelle bzw. sensorische Fähigkeiten erforderlich sind, eine Reihe von verschlechterten Selbsteinschätzungen erkennen. Diese zeigen sich zum einen in den Bereichen der Mobilität im Sinne der eigenen Fortbewegung. Hierbei handelt es sich um die Fähigkeiten Besuche zu empfangen oder zu machen, sich von der Wohnung sicher auf die Straße zu begeben, sich sicher zu Fuß im Straßenverkehr zu bewegen, sich sicher in der eigenen Wohnung bewegen und die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen. Es tritt in unterschiedlichem Umfang bei 11 - 17 Personen (3o.6% - 42.7%) eine empfundene Kompetenzverminderung ein. Etwas überraschend ist der Abfall der selbstgegebenen Kompetenzwerte für das Empfangen von Besuchen. Offensichtlich will der ältere Mensch diese Besuche auch aktiv mit vorbereiten und gestalten und fühlt sich in diesem Bemühen nunmehr stärker behindert.

Auch im Bereich der Körperpflege, soweit sie ein gewisses Ausmaß an Gelenkigkeit erfordert, ist eine ähnliche Entwicklung zu verzeichnen. Es werden für das Ankleiden, Waschen/Baden, Kämmen/Rasieren und Duschen von 15 - 2o Personen (41.7% - 55.6%) schlechtere Werte eingesetzt.

Das Fremdurteil läuft diesen Einschätzungen parallel in den Aspekten das WC zu benutzen sowie sich zu waschen und zu baden und schätzt diese Kompetenzen bei 1o - 14 Probanden (rund - 46.7% von 3o Beurteilten) nunmehr geringer ein.

Im Bereich der Haushaltsführung wird lediglich das Wäschewaschen und Staubwischen von den Befragten als schwieriger beurteilt, während sich für letztere Aktivität eine signifikante Zunahme dieser Fähigkeit bei 17 Personen (56.7%) im Fremdurteil ergibt.

Weiter sehen sich die Probanden im Bereich der Gedächtnisleistungen kritischer und geben sich schlechtere Werte für die Fähigkeiten sicher mit Geld umzugehen und die nötige Medizin einzunehmen.

Der Bereich der Ernährung bleibt sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil unverändert.

Zwar schätzen damit die Betreuten in über 5o% der 28 untersuchten Tätigkeiten, besonders auf dem Gebiet der Mobilität und Haushaltspflege, diejenigen Kompetenzen schlechter ein, die ihnen in der ersten Befragung einfach bis weder leicht noch schwierig erschienen, doch läßt sich aus der Betrachtung der selbsteingeschätzten Alltags-Kompetenz insgesamt der Eindruck gewinnen, daß dort, wo körperliche Beweglichkeit nicht oder nur in beschränktem Umfang Voraussetzung ist, die Werte sowohl im ersten als auch im zweiten Durchgang sehr positiv ausfallen und es trotz gewisser Abstriche auch bleiben. Dies muß auch ausgesagt werden für die Tätigkeiten, die der ältere Mensch trotz funktioneller Behinderungen so lange es geht, von sich selbst erwartet. Hierzu dürften u.a. so essentielle Kompetenzen gehören wie die selbständige WC-Benutzung, das Ankleiden, das Essen oder sich sicher in der Wohnung bewegen zu können. Ebenso könnten im Bereich der Haushaltsführung als Beispiele das Waschen kleiner Wäschestücke, das Abwaschen oder Staubwischen gelten. Weiter hervorzuheben sind die trotz Verringerung bemerkenswert gut bleibenden Beurteilungen der Gedächtnisleistungen, die damit die unter 1.3.4.2. genannten Ergebnisse abermals bekräftigen, so daß auch die im 2. Durchgang gefundenen Daten wiederum als eine Validierung des Persönlichkeitsprofils dienen können.

In Fortsetzung der unter 5.2.2. erörterten Gründe für die unterschiedlichen Werte der Selbst- und Fremdeinschätzungen im ersten Durchgang könnten nunmehr die bei der zweiten Befragung auftretenden Veränderungen im Sinne einer Verschlechterung im Selbsturteil und die Annäherung dieser Werte an die relativ unverändert bleibenden Fremdbeurteilungen in der ersten und zweiten Befragung so gedeutet werden, daß ein Teil der älteren Menschen sich gesundheitlichen Veränderungen gegenüber sieht, die schmerzhaft wahrzunehmen ihnen offenbar nicht erspart bleibt.

In erster Linie scheinen hierfür eher sprunghaft auftretende Verschlechterungen in Frage zu kommen als kontinuierlich verlaufende chronische Beeinträchtigungen des allgemeinen Gesundheitszu-

standes, die einen Adaptationsprozeß begünstigen. Möglicherweise aber sind es gerade die letzteren, die die Fremdwahrnehmungen stärker und vor allem zu einem früheren Zeitpunkt (vgl. die Einschätzungsdiskrepanzen im ersten Durchgang) beeinflussen und zu einem gewissen Generalisierungseffekt im Urteil der Betreuerinnen führen. Es soll aber auch an die nicht immer identischen Beurteilerinnen in der ersten und zweiten Befragung erinnert werden, die sich im zweiten Durchgang lediglich auf 3o Personen bezogen.

Die wenigen sich für das *Persönlichkeitsbild* ergebenden Veränderungen im Sinne einer stärkeren Wehleidigkeit und einem häufiger auftretenden Gefühl von Wertlosigkeit dürften wiederum die gefundenen Ergebnisse zur Veränderung des objektiven und subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens und der Alltags-Kompetenz weiter stützen.

Fassen wir die gefundenen Ergebnisse zu der festgestellten Entwicklung innerhalb eines Zeitraumes von 12 - 15 Monaten zusammen, so zeichnet sich eine gesundheitlich bedingte Veränderung im Sinne einer objektiv stattfindenden und subjektiv empfundenen Verschlechterung am ehesten auf dem Gebiet der körperlichen Fortbewegung und damit zusammenhängenden Aktivitäten ab und führt zur Verringerung eines positiven Selbstbildes.

Hingegen drückt sich Entwicklung in zahlreichen anderen im zweiten Durchgang gewonnenen Werten auch durch eine relativ hohe Konstanz aus (vgl. 1.2.1.). Das gilt besonders sowohl für die Gedächtnisleistungen als auch für das Persönlichkeitsprofil, wozu persönlichkeits- als auch umweltbedingte, also externe Faktoren beitragen dürften. Auch ist auf das Auftreten von, wenn auch nicht relevanten, Verbesserungen hinzuweisen, wobei sich im Fremdurteil sogar eine signifikante Steigerung der Fähigkeit zum Staubwischen bei den Befragten erkennen lässt.

Damit dürften auch die in der vorliegenden Studie gewonnenen Daten die erforderliche Revidierung eines allgemein negativen

Altersstereotyps und die Forderung nach einer differentiellen Gerontologie unterstützen und das intensive innere und äußere Bemühen eines hohen Anteils älterer Menschen bekräftigen, sich auch bei auftretenden Belastungen mit dem Alterungsprozeß aktiv auseinanderzusetzen.

5.5. VERKNÜPFUNG UND GEWICHTUNG RELEVANTER EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS SUBJEKTIVE GESUNDHEITLICHE WOHLBEFINDEN UND DIE ALLTAGSKOMPETENZ

Bei der Gesamtbetrachtung des vorhandenen Datenmaterials in beiden Durchgängen lässt sich nochmals die für die vorliegende Studie wichtigste Aussage treffen, daß für den gesundheitlichen Bereich und den Umfang der Alltags-Kompetenz und ihre Veränderung in der untersuchten Stichprobe mit dem Durchschnittsalter von 76.1 Jahren das chronologische Alter nicht die ausschlaggebende Rolle spielte. Zwar lassen sich in der Gruppe der Älteren (ab 78 Jahre) Unterschiede zugunsten der Jüngeren bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Sehbehinderungen sowie bei den Alltags-Kompetenzen Essen, Baden, Nagelpflege, selbständig die nötige Medizin einnehmen und Staubwischen erkennen, doch liegen die hier erzielten Werte teilweise noch immer im positiven Bereich bzw. bleibt die Zahl der älteren Menschen, die sich von den Leistungen der Jüngeren nicht unterscheiden, vergleichsweise hoch.

Erstaunlich ist dieses Ergebnis auch im Hinblick auf die geringen Auswirkungen des höheren Alters auf die zu den Gedächtnisleistungen gefundenen Daten. Die Haupteinflüsse für den Umfang der empfundenen Alltags-Kompetenz und der mit ihr zusammenhängenden Aspekte müssen daher stärker im gesundheitlichen Bereich, vornehmlich im subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden und den dieses steuernden und im wesentlichen sozio-ökonomische Gegebenheiten betreffende Faktoren gesehen werden.

Bei einer Zusammenschau aller relevanten Zusammenhänge lässt sich folgendes Beziehungsgefüge erkennen:

In der untersuchten Stichprobe führt ein objektiv schlechterer Gesundheitszustand, besonders, sofern er durch funktionelle Behinderungen verursacht wurde, zu einem Rückgang sowohl der objektiven als auch der subjektiven Alltags-Kompetenz in der Selbst- und Fremdeinschätzung, dessen Umfang von Schicht, Schulbildung, Geschlecht, Familienstand und Alter beeinflusst wird.

Die empfundene verschlechterte Alltags-Kompetenz zieht dabei in den Bereichen Haushaltsführung, Ernährung und Mobilität eine Verminderung des subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens nach sich.

Das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden seinerseits steht in der Selbst- und Fremdeinschätzung außerdem in direktem Zusammenhang mit den Gründen für die Bitte um Betreuung, mit Belastungen durch Gesundheit oder Stimmungen und Depressionen, ferner mit der Schichtzugehörigkeit, der Schulbildung, dem Umfang von Interessen, der Art und Häufigkeit von Freizeitaktivitäten (die ihrerseits wiederum von der Schichtzugehörigkeit, Geschlecht und Familienstand beeinflusst werden), dem empfundenen Ausmaß der Sozialkontakte, dem Grad der empfundenen Einsamkeit (die von der Schichtzugehörigkeit und dem Familienstand abhängig ist) sowie Variablen des Selbstbildes.

5.6. DIE GEFUNDENEN ERGEBNISSE IM LICHT ERFOLGREICHER INTERVENTION IM 'HAUS IM PARK'

Entsprechend ihrer vom Alter, der Biographie, ihrer physischen und psychischen Kompetenz her sehr differenzierten Besuchergruppen des 'HAUS IM PARK' stehen auch unterschiedliche Interventionsmaßnahmen im Vordergrund.

Allgemein lässt sich zum Kompetenzumfang aussagen, daß der Anteil der die Angebote in Anspruch nehmenden älteren Menschen mit nahezu uneingeschränkter oder nur leicht beeinträchtigter Kompetenz recht hoch ist. Insgesamt im Umfeld z e i t g e r e c h t e r offener Altenhilfe (vgl. 1.4.3.) angesiedelt, werden sich demgemäß Maßnahmen bei dieser Besuchergruppe eher auf eine Prävention bzw. Rehabilitation im Sinne der (Re-)Aktivierung und Erhaltung oder Wiedererlangung körperlicher, geistiger und sozialer Fähigkeiten, Aktivitäten und Interessen konzentrieren (vg. 1.4.2.).

Sind dagegen Kompetenzaspekte bereits mehr oder weniger stark in Mitleidenschaft gezogen, wie bei der in dieser Studie untersuchten Stichprobe, so werden zwar derartige Bestrebungen auch verfolgt, vorrangig jedoch wird es dann um Unterstützung bei dem Zurechtkommen mit irreversiblen Schwierigkeiten und - soweit realisierbar - um die Bewahrung der noch vorhandenen Fertigkeiten bis hin zu sogenannten Rand- bzw. Restkompetenzen gehen.

Hierbei kann einmal Hilfestellung bei der Veränderung innerer Einstellungen und Erwartungen der Älteren, also einer Aufgabe, die kognitive Leistungen erfordert, d.h. interne Faktoren berührt, gegeben werden, zum anderen kann durch kompetenzunterstützende Beeinflussung externer Faktoren, die vornehmlich im ökologischen Bereich, etwa durch die positive Veränderung der Wohnsituation, durch Haushilfe, Fahr- oder Mahlzeitendienste (vgl. 1.4.3.) liegen dürften, dazu beigetragen werden, Betagte - soweit gewünscht - in ihrer vertrauten Umgebung zu belassen und die Aufrechterhaltung einer gewissen sozialen Integration, etwa durch über viele Jahre

entstandene Beziehungen (z.B. zu Nachbarn, Kaufleuten, Ärzten) in dem Maße, in dem diese überhaupt gewachsen sind, zu fördern. Auf die Bedeutung des Innehabens einer eigenen Wohnung im höheren Alter wurde bereits unter 1.3.4.4. hingewiesen.

Obzwar eine direkte Effizienzkontrolle der in der untersuchten Stichprobe eingesetzten Interventionsmaßnahmen im Außendienst nicht beabsichtigt war, können dennoch die gefundenen Daten einerseits einen groben Schnitt ziehen zwischen den Gegebenheiten, die zu einer (noch) selbständigen Lebensführung und jenen, die eine Heimübersiedelung erforderlich machen, und ermöglichen darüber hinaus bei vorsichtiger Interpretation einen gewissen Aufschluß über den Erfolg der geleisteten Arbeit.

Wenngleich die in der untersuchten Stichprobe erfassten älteren Menschen sämtlich zur Gruppe der bereits vom Außendienst Betreuten gehörten, zeigten auch sie, wie angesichts der in der gerontologischen Forschung bereits vielfach ermittelten Differenziertheit des Alterungsprozesses nicht anders zu erwarten, interindividuell innerhalb ihres Kompetenzumfanges zahlreiche Abstufungen, die hinsichtlich ihrer Alltags-Kompetenz von einer sehr starken bis zu einer relativ schwachen Einschränkung reichte (vgl. THOMAE, 1979, unter 1.2.3.2.), jedoch insgesamt einen Verbleib in ihren eigenen Räumen ermöglichten.

Es erwies sich hierbei, daß nicht Krankheit oder nachlassende Kräfte schlechthin, sondern nur jene Auswirkungen, die die Bewältigung des täglichen Alltags beeinträchtigten, von vorrangiger Bedeutung waren - in erster Linie die eigene Mobilität - und ferner, daß eine entsprechende Unterstützung von anderer Seite zu einer sowohl realen als auch empfundenen Kompensierung führen konnte.

Im einzelnen dürfen positive Wirkungen der Betreuung in folgenden Ergebnissen vermutet werden:

Die in der Außendienst-Stichprobe erfassten älteren Menschen wurden zum Zeitpunkt der 1. Befragung seit durchschnittlich 21.6 Monaten

ununterbrochen betreut (vgl. 4.4.1.), und 17 Personen (47.2%), also nahezu die Hälfte, erhielten diese Hilfe bereits seit einem zwischen 25 und 42 Monaten liegenden Zeitraum. In Anbetracht der Bedeutung von Beständigkeit und Kontinuität (vgl. 1.2.3.1.) im höheren Alter kann hierin eine vermutete Begründung für die auch im 2. Durchgang recht gute besonders subjektive Befindlichkeit zahlreicher Probanden gefunden werden. Mit der regelmässigen Betreuung durch eine weitgehend identische Bezugsperson, die durch intensive Schulungen auch imstande war, über eine gezielte Gesprächsführung auf die Sorgen und Probleme der Betreuten angemessen einzugehen, wurde zweifelsohne eine Atmosphäre von Geborgenheit und Vertrauen geschaffen, die den älteren Menschen über ein positives feed-back einer anderen Person, die ja Teil der Umwelt, der Gesellschaft war, im Rahmen seiner Möglichkeiten ermutigte und stimulierte, eine Tatsache, die auch in der hohen Zufriedenheit der Betreuten (27 Personen = 77.1%) mit ihren Betreuerinnen und der von der gleichen Personenzahl als 'eher persönlich' empfundenen Kontakte ihre Bestätigung fand. In welchem Umfang die praktische und menschliche Betreuung zu dem überwiegend gleichbleibend positiven Selbstbild und dem hohen Prozentsatz der von den Probandenen vermittelten, also subjektiv empfundenen, Kompetenz und Lebenstüchtigkeit beigetragen haben mögen, vermag im Rahmen dieser Studie nicht ausgesagt, der Einfluß jedoch nicht unterschätzt werden.

Dieser Einfluß und angemessenes Fördern dürfte nicht nur die eigenen Einschätzungen positiv steuern, sondern erhaltend oder stützend auch auf die gezeigte Leistungsbereitschaft der älteren Menschen einwirken, mit einer wöchentlichen oder vierzehntägigen Betreuung von zwei bis drei Stunden auch noch zum Zeitpunkt der zweiten Befragung (was nicht immer an finanziellen Erwägungen zu messen ist) eine selbständige Lebensführung in der eigenen Wohnung aufrechtzuerhalten.

Selbstverständlich werden diese Einwirkungen abhängig bleiben von der biographischen Gesamtsituation des Einzelnen, die - wie die Daten und zahlreiche gerontologische Studien beweisen - bei besse-

ren Lebensbedingungen auch im Alter eher eine gelungene Anpassung an das Altersgeschehen begünstigen und hiermit auch die Grenzen der Betreuung innerhalb der offenen Altenhilfe anklingen.
Wo, wie zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch vielfach, besonders in den unteren Schichten, erkennbar, durch lebenslange Sozialisationsdefizite eine ausgeprägte und kompetenzmindernde Passivität im Sinne eines geringeren Interessen- und Aktivitätenniveaus entwickelt wurde, die im höheren Alter leicht zu Desinteresse und Gleichgültigkeit, zu körperlicher und geistig/sozialer Inaktivität und damit eher zu sowohl objektiven als auch subjektiv empfundenen gesundheitlichen Belastungen und Gefühlen der Einsamkeit führen, wird die Betreuerin diese gewachsenen Defizite nicht voll auffangen bzw. neue Verhaltensweisen aufbauen können. Zwar wird ihr Einfluß immer hilfreich sein, doch böte sich hier, besonders, wenn es sich um alleinstehende Personen ohne Familie bzw. bei Verwitwung sich durch mangelnde Selbständigkeit auszeichnende ältere Menschen handelt, ein breites Beschäftigungsfeld für kirchliche oder anderweitige Institutionen und Privatinitiativen, z.B. durch den zusätzlichen Aufbau reiner Besuchsdienste.

Besonders mit Blick auf die letztgenannte Personengruppe sollte noch einmal auf die trotz gewisser Differenzierungen bemerkenswert guten Beurteilungen der Gedächtnisleistungen in allen Schichtkategorien eingegangen werden. Ohne Zweifel dürfte der Umfang der erhaltenen Fähigkeiten nicht zuletzt teilweise auch mit der ständigen Betreuung und dem damit verbundenen Trainingseffekt sowohl in praktischer als auch in kognitiver Hinsicht durch Informationsvermittlung und Hilfe bei deren Verarbeitung (vgl. LEHR, 1979, S. 248) in Verbindung stehen, wobei diese Aspekte gleichermaßen auch für Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen gelten.
Es darf nicht übersehen werden, daß ein älterer Mensch ohne Störungen in der Mobilität oder der Sensorik dennoch unfähig zur selbständigen Lebensführung werden könnte, wenn sich ernsthafte Gedächtnisstörungen einstellten, denen häufig durch Vermeidung einer 'kognitiven Deprivation' vorzubeugen wäre.

Man darf wohl abschließend zum Ausdruck bringen, daß insgesamt eine

der Konzeption des 'HAUS IM PARK' entsprechende und als Folge der im Sinne neuerer gerontologischer Forschung durchgeführten Betreuung durch den Außendienst sich ergebende Wirkung zu verzeichnen ist, die im Sinne einer positiven Beeinflussung von Verhalten und Erleben der untersuchten Stichprobe gewertet werden kann.
Selbst wenn die große Zahl von Angehörigen der Mittelschicht mit allen positiven Aspekten sowie auch der Frauen mit Berufsausbildung und möglicherweise auch ein epochaler Aspekt im Sinne einer durch geschichtliche Ereignisse bedingten teilweise grösseren Selbständigkeit (zwei Weltkriege mit den damit verbundenen stärkeren Anforderungen an Anpassungs- und Problemlösefähigkeiten) auf die gefundenen Ergebnisse begünstigend gewirkt haben mag, darf die hier praktizierte Betreuung in dieser Form zur zahlreichen Nachahmung auffordern.

5.7. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Es wurde mit der vorliegenden Studie der Versuch unternommen, einen wissenschaftlichen Beitrag zur Arbeit der offenen Altenhilfe zu leisten. Manche Fragen mussten offen bleiben. So konnten die Einflüsse der Wohnsituation und der Einkommensverhältnisse, die zweifelsohne noch weitere interessante Einblicke erlaubt hätten, nicht untersucht, sondern nur vermutet werden. Auch sind angesichts der kleinen Stichprobe, die eine Beschränkung auf die sich hierfür anbietenden statistischen Methoden erforderte, die, wenn auch aufgrund einer in wesentlichen Aspekten sehr intensiven und zweimaligen Untersuchung ermittelten, Ergebnisse nicht ohne weiteres übertragbar.

Dennoch sollten sie Aufschlüsse über einige der in der offenen Altenhilfe auftretenden Fragen vermitteln und Anstöße zu weiteren Studien bieten können. Abschließend sei abermals LEHR (1979, S.328) zitiert: "Es kommt in Zukunft darauf an, durch breit angelegte Längsschnittstudien die Mehrdimensionalität der individuellen Verlaufsformen des Älterwerdens aufzuzeigen und das Bedingungsgefüge inter- und intraindividueller Varianten zu erhellen. Es gilt, "Alterns-

formen", typische Prozesse in ihrem Verlauf, herauszuarbeiten und deren biographische und situative Bedingungen (in die Gesundheitszustand, Persönlichkeit, soziale und ökologische Momente mit eingehen) zu erfragen", denn - und damit zitiert LEHR ihrerseits THOMAE (1976) - "erst wenn wir mehr um die normale Variationsbreite von Alternsformen und ihren vielfältigen Bedingungen wissen, wird die gerontologische Wissenschaft in der Lage sein, das Leben im Alter effektiver zu beeinflussen."

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

ADAMS, D.L.: Analysis of a life satisfaction index. J. Gerontol. 24, 1969, 47o - 474

ADAMS, D.L.: Correlates of satisfaction among the elderly. Geront. 11(4), 1971, 64 - 68

AMANN, A.: "Offene" Altenhilfe, Sozialarbeit, Sozialpolitik (Am Beispiel der Heimhilfe/Hauspflege). In: L. u. R. ROSENMAYR (Hg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek b. Hamburg, 1978, 298 - 334

AMANN, A. u. G. MAJCE: Some remarks on the concept of need and health and their treatment in gerontological research. In: J.M.A. MUNNICHS u. W.J.A. VAN DEN HEUVEL (Hg.): Dependency or interdependency in old age. The Hague, 1976, 99 - 117

ATCHLEY, R.C.: The social forces in later life. Belmont, 1972

BALDWIN, A.L.: A cognitive theory of socialization. In: D.A. GOSLIN (Hg.): Handbook of socialization, theory and research. Chicago, 1969, 325 - 345

BALTES, P.B.: Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects. Hum. Devel. 11, 1968, 145 - 171

BALTES, P.B.: Intervention in life-span development and aging: A preliminary catalogue of issues and concepts. Paper presented at the conference 'Interventionsgerontologie', Heidelberg, 1978

BEARD, B.B.: Social competence of centenarians. Univ. of Georgia, Printing Dept., Attens Georgia, 1967

BECKER, K.F.: Emanzipation des Alters. Gütersloh, 1975

BENGTSON, V.L.: The social psychology of aging. Indianapolis, New York, 1973

BENTON, A.: The revised visual retention test: Clinical and experimental applications. 1955

BERGEDORFER GESPRÄCHSKREIS: Wo bleiben die alten Menschen in der Leistungsgesellschaft? Interdisziplinäre Diskussion in der Gerontologie. Bergedorfer Gesprächskreis zu Fragen der freien industriellen Gesellschaft, Protokoll Nr. 43, Hamburg 8o-Bergedorf, 1972

BERGENER, M., J. HUSSER, H.D. KÄHLER u. P. MEHNE: Die gesundheitliche Situation älterer Menschen in der Großstadt. Stuttgart, 1979

BILD, B.R. u. R.J. HAVIGHURST: Senior citizens in great cities: the case of Chicago. In: Geront. 16(1), 1976

BIRREN, J.E.: The psychology of aging. New York, 1964

BIRREN, J.E.: The concept of functional age, theoretical background. Paper for International Symposium on the Assessment of Functional Age, psychological and physiological aspects. Hum. Devel. 12, 1969, 214 - 22o

BIRREN, J.E., R.N. BUTLER, S.W. GREENHOUSE, L. SOKOLOFF u. M.R. YARROW: Human aging: a biological and behavioral study. National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland, 1963

BLUME, O.: Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe. Tübingen, 1968

BLUME, O.: Subjektiver Gesundheitszustand und sozialer Status im höheren Lebensalter. In: R. SCHUBERT(Hg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge. Ber. 2. Kongr. Dt. Ges. Gerontol., Darmstadt, 197o

BLUME, O.: Krankheit und Pflegebedürftigkeit bei der älteren Generation. Ärztliche Praxis XXVI. Jg., 1974, 686 - 689

BLUME, O., W.H. HAUSS, E. KUHLMEYER u. W. OBERWITTLER: Abschlußberichte der interdisziplinären Untersuchung über den Gesundheitszustand älterer Menschen. In: Altenhilfe 2, Düsseldorf, 1974

BORTNER, R.W. u. D.F. HULTSCH: A multivariate analysis of correlates of life satisfaction in adulthood. J. Gerontol. 25, 197o, 41 - 47

BRANDT, F.: Modelle offener Altenhilfe. Stuttgart, 1979

BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG: Bericht über die offene Altenhilfe in Hamburg. Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drucksache 9/1372, Hamburg, 1979

BUJARD, O. u. U. LANGE: Theorie und Praxis in der Sozialhilfe. Stuttgart, 1978

BUSCH, A.: Mitgliedschaft in Altenkreisen und Aktivität im höheren Lebensalter. Phil. Diss., Universität Hamburg, 1976

CAMPBELL, D.T.: From description to experimentation: Interpreting trends as experiments. In: C.W. HARRIS (Hg.): Problems in measuring change. Madison: University of Wisconsin Press, 1963, ²1967

CAMPBELL, D.T. u. J.C. STANLEY: Experimental and quasi-experimental design for research in teaching. In: N.L. GAGE (Hg.): Handbook of research on teaching. Chicago, 1966

CASLER, L.: Perceptual deprivation in institutional settings. In: G. NEWTON u. S. LEVINE (Hg.): Early experience and behavior. Springfield, III, 1968, 573 - 626

COERPER, C., W. HAGEN u. H. THOMAE (Hg.): Deutsche Nachkriegskinder. Stuttgart, 1954

COLMAN, P.G.: Independent housing provisions for the elderly in Western Europe - issues in policy and research. Manuskript, 1976

CRAIK, F.J.M.: Age differences in short-term-memory. In: S. CHOWN u. K. RIEGEL (Hg.): Psychological functioning in the normal aging and senile aged. Basel u. New York, 1968, 44 - 47

CUMMING, E. u. W.E. HENRY: Growing old, the process of disengagement. New York, 1961

DAMIANOPOULOS, E.: A formal statement of disengagement theory. In.: E. CUMMING u. W.E. HENRY (Hg.): Growing old, the process of disengagement. New York, 1961

DECI, E.L.: Intrinsic motivation. London, 1975

DREHER, G.: Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Austritt aus dem Berufsleben. In: R. SCHUBERT (Hg.): Geroprophylaxe, Infektions- und Herzkrankheiten, Rehabilitation und Sozialstatus im Alter. Darmstadt, 197o, 118 - 124

DUJOUNE, B.E. u. B. LEVY: The psychometric structure of the Wechsler Memory Scale. J. Clin. Psych. 27, 1971, 351 - 354

EISDORFER, C. u. B.A. STOTSKY: Intervention, treatment and rehabilitation of psychiatric disorders. In: J.E. BIRREN u. K.W. SCHAIE (Hg.): Handbook of the psychology of aging. New York, 1977, 724 - 748

EITNER, S., W. RÜHLAND u. H. SIGGELKOW: Praktische Gerohygiene. Dresden, 1975

EITNER, S., A. TRÖGER u. E. MASIUS: Schwerarbeit und Alter im mehrdimensionalen Aspekt. Zeitschrift für Alternsforschung 25, 1971, 139 - 15o

ELIAS, M.F. u. P.K. ELIAS: Motivation and activity. In: J.E. BIRREN u. K.W. SCHAIE (Hg.): Handbook of the psychology of aging. New York, 1977, 367 - 383

ERIKSON, H.E.: Growth and crisis of the healthy personality. In: M. SENN (Hg.): Symposion on the healthy personality. New York, 195o, 91 - 146

ESTES, C.L. u. H.E. FREEMAN: Strategies of design and research for intervention. In: R.H. BINSTOCK u. E. SHANAS (Hg.): Handbook of aging and the social sciences. New York, 1976, 536 - 56o

FISHER, J.: Competence, effectiveness, intellectual functioning in old age. J. Gerontologist 13, 1967, 62 - 67

FRANKE, H.: Kriterien der überdurchschnittlichen Lebenserwartung. Medizinische Klinik 66, 1971, 896 - 898

FRANKE, H.: Kriterien der Langlebigkeit mit entsprechenden klinischen Beobachtungen bei 356 über Hundertjährigen der Bundesrepublik Deutschland. Der Internist 19, 1978, 399 - 4o4

FREEDMAN, D.G.: An evolutionary approach to research on the life cycle. Hum. Devel. 14, 1971, 87 - 99

FRÖHLICH, W.D., J.P. BECKER, V.L. BENGTSON u. A. BIGOT: The problem of cross-national reliability in ratings, some tentative approaches and findings. In: R.J. HAVIGHURST et al. (Hg.):Adjustment to retirement. Assen, 1969, 18 - 34

GORES, P.: Die sozialen Verhaltensweisen alter Menschen. Diss., Universität Köln, 1971

GOULET, L.R. u. P.B. BALTES (Hg.): Life-span developmental psychology: Research and theory. New York/London, 197o

GROMBACH, H.H.: Consistency and change of personality variables in later life. In: H. THOMAE(Hg.): Patterns of aging. Basel, 1976, 51 - 67

HABER, L.D.: Identifying the disabled: Concepts and methods in the measurement of disability. Social Security Bulletin 3o(12), 1967, 17 - 35

HABER, L.D.: Epidemiological factors in disability: I. Major disabling conditions. Social Security Survey of the Disabled, Report No. 6(February) Social Security Administration, 1969

HABER, L.D.: The epidemiology of disability. II. The measurement of functional capacity limitations. Social Security Survey of the Disabled, Report No. 1o(July) Social Security Administration, 197o

HANSEN, G. u. S. YOSHIOKA: Aging in the upper midwest: A profile of 6.3oo senior citizens. Kansas City: Community Studies, 1962

HARRIS, A.I.: Handicapped and impaired in Great Britain. Office of Population Censuses and Surveys, London, 1971

HARRIS, A.I., E. COX u. C.R.W. SMITH: Handicapped and impaired in Great Britain, Part I. Social Survey Division, Office of Population Censuses and Surveys, London: Her Majesty's Stationery Office, 1971

HARTER, S.: Effectance motivation reconsidered. Hum. Devel. 21, 1978, 34 - 64

HAVIGHURST, R.J.: Developmental tasks and education. New York, 1948, ³1972

HAVIGHURST, R.J.: Validity of the Chicago attitude inventory as a measure of personal adjustment in old age. J. of Abnormal and Social Psychology 46, 1951, 24 - 29

HAVIGHURST, R.J.: The social competence of middle-aged people. Genetic Psychology Monographs 56, 1957, 297 - 375

HAVIGHURST, R.J.: Successful aging. Geront. 1, 1961, 4 - 7

HAVIGHURST, R.J.: Successful aging. In: C. TIBBITTS u. W. DONAHUE (Hg.): Processes of aging. New York, 1963, 299 - 32o

HAVIGHURST, R.J.: Ansichten über ein erfolgreiches Altern. In: H. THOMAE u. U. LEHR (Hg.): Altern - Probleme und Tatsachen. Frankfurt, 1968, 567 - 571

HAVIGHURST, R.J.: Social class perspectives on the life cycle. Hum. Devel. 14, 1971, 11o - 124

HAVIGHURST, R.J. u. R. ALBRECHT: Older people. New York, 1953

HAVIGHURST, R.J., J.B. NEUGARTEN u. S. TOBIN: Disengagement and patterns of aging. Geront. 4, 1964, 24

HEIDEGGER, M.: Bauen, Wohnen,Denken. Darmstadt, 1952

HENRY, W.E.: The theory of intrinsic disengagement. In: P. HANSEN (Hg.): Age with a future. Kopenhagen, 1964, 419 - 424

HENRY, W.E.: The role of work in structuring the life cycle. Hum. Devel. 14, 1971, 125 - 131

HERON, W.: The pathology of boredom. Scientific American, January 1957

HEUVEL, J.W.A. VAN DEN: Older people and their health. Paper, Toronto, 1974

HUNT, R.: The home help service in England and Wales. London (HMSO), 197o

INKELES, A.: Social structure and the socialization of competence. Harv. edu. Rev. 36, 1966, 265 - 283

ISRAEL, L.: Memory disorders, as criteria of dependency in old people: evaluation and measurement. In: J.M.A. MUNNICHS u. W.J.A. VAN DEN HEUVEL: Dependency or interdependency in old age. The Hague, 1976, 45 -53

JEFFERS,F. u. C. NICHOLS: The relationship of activities and attitudes to physical well-being in older people. J. Gerontol. 16, 1961, 67 - 7o

JOHNSON, M.: That was your life: A biographical approach to later life. In: J.M.A. MUNNICHS u. J.A. VAN DEN HEUVEL (Hg.): Dependency or interdependency in old age. The Hague, 1976, 147 - 161

KASTENBAUM, R.: Cognitive and personal futurity in later life. Journal of Individual Psychology 19, 1963, 216 - 222

KATZ, S., T.D. DOWNS, H.R. CASH u. R.C. GROTZ: Progress in development of the index of ADL. Geront. 1o, 197o, 2o - 3o

KATZ, P. u. E. ZIEGLER: Self-image disparity: a developmental approach. Journal of Personality and Social Psychology 5, 1967, 186 - 195

KLONOFF, H. u. M. KENNEDY: A comparative study of cognitive functioning in old age. J. Gerontol. 21, 1966, 239- 243

KÜHN, D.: Kommunale Sozialplanung. Stuttgart, 1975

KUHLEN, R.G.: Developmental changes in motivation during the adult years. In: J.E. BIRREN (Hg.): Relations of development and aging. Springfield, Illinois, 1964, 2o9 - 246

KUTNER, B., D. FAUSHEL, A.M. TOGO u. T.S. LANGNER: Five hundred over sixty. New York, Russel Sage Foundation, 1956

KUYPERS, J.A. u. V.L. BENGTSON: Social breakdown and competence; A model of normal aging. Hum. Devel. 16, 1973, 181 - 2o1

LAKOFF, S.A.: The future of social intervention. In: R.H. BINSTOCK u. E.S. SHANAS (Hg.): Handbook of aging and the social sciences. New York, 1976, 643 - 664

LANGERMANN, U. v.: Reaktionsformen auf Belastungssituationen bei älteren Menschen. Phil. Diss., Universität Bonn, 197o

LANTERMANN, E.-D.: Eine Theorie der Umwelt-Kompetenz: Architektonische und soziale Implikationen für eine Altenheim-Planung. Z. Geront. 9, 1976, 433 - 443

LAWTON, P.M.: Ecology and aging. In: L.A. PASTALAN u. D.H. CARSON (Hg.): Spatial behavior of older people. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan, 4o, 197o

LAWTON, P.M.: Assessment, integration and environments for older people. Geront. 1o, 197o, 38 - 46

LAWTON, M.P.: The functional assessment of elderly people. J. Am. Geriat. Soc. 19, 1971, 465 - 481

LAWTON, M.P.: Assessing the competence of older people. In: D. KENT, R. KASTENBAUM u. S. SHERWOOD (Hg.): Research, planning and action for the elderly. New York, 1972

LAWTON, M.P.: The impact of the environment on aging and behavior. In: J.E. BIRREN u. K.W. SCHAIE (Hg.): Handbook of the psychology of aging. New York, 1977, 276 - 3o1

LAWTON, M.P.: What is the good life for the aging? Kesten Lecture, University of Southern California, Ethel Percy Andrus Gerontology Center, October 19, 1978

LAWTON, M.P. u. E.M. BRODY: Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Geront. 9, 1969, 179 - 186

LAWTON, M.P. u. L. NAHEMOW: Ecology and the aging process. In: C. EISDORFER u. M.P. LAWTON (Hg.): Psychology of adult development and aging. Washington, 1973, 619 - 674

LAZARUS, R.S.: Cognitive and personality factors underlying threat and coping. In: M.H. APPLEY u. R. TRUMBULL (Hg.): Psychological Stress: Issues in research. New York, 1967, 151 - 181

LEERING; C.: Gestoord menselijk functioneren. Thesis, Nijmegen, Utrecht, 1968

LEERING, C.: Assessment of functional capacity and its meaning in geriatrics. In: R. DEGKWITZ, H. RADEBOLD u. P.W. SCHULTE (Hg.): Gerontopsychiatrie 4 (5. Symposion der Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie). Düsseldorf: Jannsen Symposien, 1975, 12o - 146

LEHR, U.: Die Frau im Beruf. Frankfurt, 1969

LEHR, U.: Zur Psychologie des Alterns - Stereotypien und Erkenntnisse. akt. geront. 1, 1971, 17 - 24

LEHR, U.: Psychologie des Alterns. Heidelberg, 1972, 4. Aufl. 1979

LEHR, U.: Die Thematik der Bildung in der Gerontologie. akt. geront. 7, 1977, 343 - 361

LEHR, U.: Älterwerden in Stadt und Land - psychologische und soziale Aspekte. akt. geront. 7, 1977a, 197 - 2o4

LEHR, U.: Das mittlere Erwachsenenalter - ein vernachlässigtes Gebiet der Entwicklungspsychologie. In: R. OERTER (Hg.): Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Hamburg, 1978, 147 - 177

LEHR, U. (Hg.): Seniorinnen. Darmstadt, 1978a

LEHR, U.: Psychologische Aspekte. akt. geront. 8, 1978b, 37 - 48

LEHR, U. (Hg.): Interventionsgerontologie. Darmstadt, 1979a

LEHR, U. u. G. DREHER: Determinants of attitudes toward retirement. In: R.J. HAVIGHURST, J.M.A. MUNNICHS, B.L. NEUGARTEN u. H. THOMAE (Hg.): Adjustment to retirement - a cross-national study. Assen, 1969, 116 - 137

LEHR, U. u. E. OLBRICH: Ecological correlates of adjustment to aging. In: H. THOMAE (Hg.): Patterns of aging. Basel, 1976, S. 81 - 92

LEHR, U. u. G. RUDINGER: Strukturen der sozialen Teilhabe im höheren Lebensalter. Kongr. Ber. Dt. Ges. Gerontol. (Nürnberg, 1969), Darmstadt, 197o, 81 - 84

LEHR, U. u. R. SCHMITZ-SCHERZER: Psychologische Störfaktoren des modernen Arbeitslebens im mittleren und höheren Lebensalter. Z. Gerontol. 3., 1969, 183 - 194

LEHR, U. u. R. SCHMITZ-SCHERZER: Survivors and nonsurvivors-two fundamental patterns of aging. In: H. THOMAE (Hg.): Patterns of aging. Basel, 1976, 137 - 146

LEHR, U. u. R. SCHMITZ-SCHERZER: Ein Haus stellt sich vor. Unveröffentlichtes Manuskript für das Senioren-Centrum 'Haus im Park'. Hamburg/Bonn, 198o

LEHR, U., R. SCHMITZ-SCHERZER u. H. THOMAE: Psychischer Status, subjektiver Gesundheitszustand und internistischer Befund. Ärztliche Praxis 9o, 1972

LEHR, U. u. H. THOMAE: Eine Längsschnittuntersuchung bei männlichen Angestellten. Vita Humana 1, 1958, loo - llo

LEHR, U. u. H. THOMAE: Konflikt, seelische Belastung und Lebensalter. Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen, Nr. 1455, Köln, 1965

LEHR, U. u. H. THOMAE: Psychologische Gesichtspunkte zum Problem der berufstätigen Frau im mittleren Lebensalter. In: P. HÜLSMANN et. al. (Hg.): Gesundheit und Erwerbstätigkeit der Frau im mittleren Lebensalter. Freden, 1966, 25 - 61

LEHR, U. u. E. WEINERT (Hg.): Entwicklung und Persönlichkeit. Stuttgart, 1975

LENZER, A.: Social adjustment in old age: a multivariate analysis. Geront. 12, 1972, 73

LEVINE, R.A.: The psychoanalytic study of lives in natural social settings. Hum. Devel. 14, 1971, loo - lo9

LEWIN, K.: Grundzüge der topologischen Psychologie. Bern-Stuttgart, 1969

LIEBERMANN, M.A. u. J.M. FALK: The remembered past as a source of data for research on the life cycle. Hum. Devel. 14, 1971, 132 - 141

LIPMANN, A. u. K. SMITH: Functionality of disengagement in old age. J. Gerontol. 23, 1968, 517 - 521

LOWENTHAL, M.F.: Lives in distress. New York, 1964

LOWENTHAL, M.F. u. D. BOLER: Voluntary vs. involuntary with-drawal. J. Gerontol. 2o, 1965, 363 - 371

LÖWE, H.: Einführung in die Lernpsychologie des Erwachsenenalters. Berlin, 197o

LOHMANN, S.: Die Lebenssituation älterer Menschen in der geschlossenen Altersfürsorge. 197o

MADDOX, G.L.: Disengagement theory: a critical evaluation. Geront. 4, 1964, 8o - 82

MADDOX, G.L. u. C. EISDORFER: Zusammenhänge zwischen Aktivität und Stimmung bei älteren Menschen. Soc. Forces 4o, 1963, 254 - 26o; dt. in: H. THOMAE u. U. LEHR(Hg.): Altern - Probleme und Tatsachen. Frankfurt, 1968, 235 - 252

MAJCE, G.: "Geschlossene" Altenhilfe - Probleme der Heimunterbringung. In: L. u. H. ROSENMAYR (Hg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek b. Hamburg, 1978, 261 - 297

MATHEY, F.J.: Längsschnittuntersuchung zur Frage der psychophysischen Leistungsfähigkeit im höheren Alter. In: R. SCHUBERT (Hg.): Ber. 2. Kongr. Dt. Ges. Gerontol.. Darmstadt, 197o, 254 - 262

Mc CALL, R.B.: Challenges to a science of developmental psychology. Child Development 48, 1977, 339 - 344

Mc CLELLAND, D.C., J.W. ATKINSON, R.A. CLARK u. E.L. LOWELL: The achievement motive. New York, 1953

Mc KEE,J.P. u. W.S. TURNER: The relation of "drive" ratings in adolescence to CPI and EPPS scores in adulthood. Vita Humana 4, 1961, 1 - 14

MEY, A. VAN DER: Ein Bild der Heimhilfedienste in den Niederlanden (Mimeogr.), 1977, 328 - 331

MIERKE, K.: Wille und Leistung. Göttingen, 1955

MOORE, M.E.: Physical changes. In: M.W. RILEY u. A. FONER (Hg.): Aging and society. Vol. 1. New York, Russel Sage Foundation, 1968, 221 - 272

MULLENER, N. U. J.D. LAIRD: Some developmental changes in the organization of self-evaluation. Developmental Psychology 5, 1971, 233 - 236

MUNNICHS, J.M.A.: Beurteilung der Validität im Alter. akt. geront. 1, 1971, 751 - 754

MURPHY, G.: Personality, a biosocial approach to origins and structure. New York, 1947

MURPHY, L.B. et al.: The widening world of childhood. New York, 1962

NARR, H.: Soziale Probleme des Alters. Stuttgart, 1976

NEUGARTEN, B.L.: Introduction to the Symposium: Models and methods for the study of the life cycle. Hum. Devel. 14, 1971, 81 - 86

NEUGARTEN, B.L.: Personality change in later life: A developmental perspective. In: C. EISDORFER u. M.P. LAWTON (Hg.): The psychology of adult development and aging. Washington, 1973, 311 - 355

OBERWITTLER, W. u. J. DREBES: Erste Ergebnisse einer epidemiologischen interdisziplinären geriatrischen Studie. In: R. SCHUBERT (Hg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge. Darmstadt, 197o, 119 - 128

O'CONNOR, N.: Children in restricted environments. In: G. NEWTON u. S. LEVINE (Hg.): Early experience and behavior. Springfield, III., 1968, 53o - 572

OERTER, R.: Zur Dynamik von Entwicklungsaufgaben im menschlichen Lebenslauf. In: R. OERTER (Hg.): Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Hamburg, 1978, 66 - 11o

OLBRICH, E.: Präventive Intervention bei alleinlebenden älteren Menschen: Bedingungen und Möglichkeiten. In: U. LEHR (Hg.): Seniorinnen. Darmstadt, 1978, 131 - 139

OLBRICH, E. u. H.-J. FISSENI: Konstanz und Veränderungen der Rollenstruktur im Alter. In: U. LEHR u. F.E. WEINERT (Hg.): Entwicklung und Persönlichkeit. Stuttgart, 1975, 171 - 182

OLBRICH, E. u. H. THOMAE: Empirical findings to a cognitive theory of behavior. International Journal of Behavioral Development 1, 1978

OPGENOORTH, W.P.: Dimensionen des subjektiven Lebensraumes im höheren Alter. Phil Diss., Universität Bonn, 1971

ORBENS, H. u. R. SCHMITZ-SCHERZER: Überlegungen zur Planung eines Seniorenzentrums. Unveröffentlichtes Manuskript, 1974

PALMORE, E. (Hg.): Normal Aging. Durham, N.C.: Duke University Press, 197o

PALMORE, E. (Hg.): Normal aging II - Reports from the Duke-Longitudinal-Study, 197o - 1973. Durham, N.C.: Duke University Press, 1974

PALMORE, E. u. M. LUIKHART: Life satisfaction. In: E. PALMORE (Hg.): Normal aging. Durham, N.C.: Duke University Press, 1974, 184 - 2oo

PIAGET, J.: The origins of intelligence in children. New York, 1952

PLAATS, A. VAN DER: Health criteria for independency of older people. In: J.M.A. MUNNICHS u. W.J.A. VAN DEN HEUVEL (Hg.): Dependency or interdependency in old age. The Hague, 1976, 24 - 34

QUADT, E.: Lernen im höheren Erwachsenenalter als Ergebnis der Wechselwirkung von Motivation und Barrieren. Differentielle Analyse der Lernmotivation und Versuch einer theoretischen Erklärung. Diplomarbeit, Universität Bonn, 1979

RABBITT, P.: Changes in problem solving ability in old age. In: J.E. BIRREN u. K.W. SCHAIE (Hg.): Handbook of the psychology of aging. New York, 1977, 6o6 - 625

RANDOM HOUSE COLLEGE DICTIONARY: New York, 1975

ROSENMAYR, L.: Die soziale Benachteiligung alter Menschen. In: W. DOBERAUER (Hg.): Scriptum Geriatricum. München, 1971, 2o3 - 219

ROSENMAYR, L.: Familiäre und außerfamiliäre Betreuung älterer Menschen - Alternative oder Ergänzung? In: K. FELLINGER (Hg.): Altenhilfe - ein kooperatives Problem. 1975

ROSENMAYR, L.: Altern im sozialökologischen Kontext. akt. geront. 7, 1977, 289 - 299

ROSENMAYR, L. u. H. ROSENMAYR: Sozialökologie. In: L. u. H. ROSENMAYR (Hg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek b. Hamburg, 1978, 133 - 157

ROSOW, I.: Adjustment of the normal aged. In: R.H. WILLIAMS, C. TIBBITTS u. W. DONAHUE (Hg.): Processes of aging II. New York, 1963, 195 - 223

RUDINGER, G.: Intelligenz im Alter. Phil. Diss., Universität Bonn, 1971

RUDINGER, G.: Methoden der Längsschnittforschung. Z. Gerontol. 5, 1972, 397 - 424

RUDINGER, G.: Die Bedeutung von Längsschnitt- und Querschnittuntersuchungen für die Messung intra- und interindividueller Differenzen. In: U. LEHR u. E. WEINERT (Hg.): Entwicklung und Persönlichkeit. Stuttgart, 1975, 5o

RUDINGER, G. u. E.-D. LANTERMANN: Probleme der Veränderungsmessung in individuellen und gruppentypischen Entwicklungsverläufen. In: R. OERTER (Hg.): Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Hamburg, 1978, 178 - 227

RUDINGER, G. u. R. SCHMITZ-SCHERZER: Sample and methods. In: H. THOMAE (Hg.): Patterns of aging. Basel, 1976, 12 - 19

RÜCKERT, W.: Interventionsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland - gegenwärtiger Stand der Altenhilfe. In: U. LEHR (Hg.): Interventionsgerontologie. Darmstadt, 1979, 116 - 127

SACHUK, N.N.: Population longevity study: sources and indices. J. Gerontol. 25, 197o, 262 - 264

SCHAIE, K.W.: Quasi-experimental research designs in the psychology of aging. In: J.E. BIRREN u. K.W. SCHAIE (Hg.): Handbook of the psychology of aging. New York, 1977, 39 - 58

SCHAIE, K.W. u. J.P. SCHAIE: Clinical assessment and aging. In: J.E. BIRREN u. K.W. SCHAIE (Hg.): Handbook of the psychology of aging. New York, 1977, 692 - 723

SCHMITZ-SCHERZER, R.: Freizeitandragogik - ein Instrument psychologischer Rehabilitation. Ber. Dt. Ges. Gerontol. Bd. III. Darmstadt, 1969, 272 - 281

SCHMITZ-SCHERZER, R.: Sozialpsychologie der Freizeit. Stuttgart, 1974

SCHMITZ-SCHERZER, R.: Longitudinal change in leisure behavior of the elderly. In: H. THOMAE (Hg.): Patterns of aging. Basel, 1976, 127 - 136

SCHMITZ-SCHERZER, R.: Konstanz und Veränderung in der psychischen Leistungsfähigkeit. akt. geront. 7, 1977,369 - 383

SCHMITZ-SCHERZER, R.: Neuere Ansätze der Altenarbeit. Unveröffentlichtes Manuskript, Bonn, 198o

SCHMITZ-SCHERZER, R. u. A. ANGLEITNER: Intellektuelle Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter aus persönlichkeits- und entwicklungspsychologischer Sicht. In: U. LEHR u. E. WEINERT (Hg.): Entwicklung und Persönlichkeit. Stuttgart, 1975, 135 - 146

SCHMITZ-SCHERZER, R., W. BERGHOFF u. G. RUDINGER: Erste Ergebnisse einer epidemiologischen interdisziplinären geriatrischen Studie. In: R. SCHUBERT (Hg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge. Darmstadt, 197o, 129 - 137

SCHMITZ-SCHERZER, R. u. W. OBERWITTLER: Über Zusammenhänge zwischen somatischen und psychischen Ausfallserscheinungen bei geriatrischen Probanden. akt. geront. 2, 1972, 443

SCHMITZ-SCHERZER, R., I. SCHICK, D. KÜHN u. K. PLAGEMANN: Altenwohnheime, Personal und Bewohner. Stuttgart, 1978

SCHMITZ-SCHERZER, R., I. SCHICK, D. KÜHN, K. PLAGEMANN u. U. KRANZHOFF: Vorbereitung auf das Alter? Stuttgart, 1977

SCHMITZ-SCHERZER, R. u. I. STRÖDEL: Age dependency of leisure time activities. Hum. Devel. 14, 1971, 47 - 5o

SCHONFIELD, D.: Future commitments and successful aging. I. The random sample. J. Gerontol. 28, 1973, 189 - 196

SCHREIBER, T.: Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen. Stuttgart, 1976

SCHREINER, M., G. RUDINGER u. R. SCHMITZ-SCHERZER: Veränderungen der psychomotorischen Leistungsfähigkeit im höheren Erwachsenenalter. akt. geront. 1, 1971, 141 - 147

SCHUBERT, R. (Hg.): Einverstanden mit sich selbst, Bd. I. Stein/Nürnberg, 1974, 7 - 14

SENIOREN-CENTRUM 'HAUS IM PARK': Das 'Haus im Park'. Broschüre des Senioren-Centrums und Theaters der Körber-Stiftung. Hamburg, 198o

SHAFFER, D.R.: Social and personality development. Monterey/California, 1979

SHANAS, E.: Measuring the home health needs of the elderly in five countries. J. Geront. 26, 1971, 37 - 4o

SHANAS, E.: Health status of older people, cross-national implications. Am. J. Public Health 64, 1974, 261 - 264

SHANAS, E. u. G.L. MADDOX: Aging, health, and the organization of health resources. In: R.H. BINSTOCK u. E. SHANAS (Hg.): Handbook of aging and the social sciences. New York, 1976, 592 - 618

SHANAS, E., P. TOWNSENT, D. WEDDERBURN, H. FRIIS, P. MIEHOJ u. J. STEHOUWER (Hg.): Old people in three industrial societies. New York, London, 1968

SPENCE, D.L.: The role of futurity in aging adaptation. Geront. 8, 1968, 18o - 183

SPIETH, W.: Slowness of dark performance and cardiovascular diseases. In: J.E. BIRREN u. A.T. WELFORD (Hg.): Behavior, aging and the nervous system. Springfield, III. 1965, 336 - 4oo

STADT BRAUNSCHWEIG: Sozialplan - Altenhilfe. Bestandsaufnahme: Ergebnisse der Altenbefragung Teil 1. Braunschweig, 1971

STENGER, H.-J.: Gerontagogische Arbeit mit Senioren. Phil. Diss., Universität Mainz, 1977

STERN-UNTERSUCHUNG: Das Leben im Alter. Hamburg, 1977

TARTLER, R.: Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart, 1961

TEWS, H.P.: Soziologie des Alterns. Heidelberg, 1972, ^{3}1979

THEISSEN, C.: Untersuchungen zum Selbstbild älterer Menschen. Phil. Diss., Universität Bonn, 197o

THOMAE, H.: Das Individuum und seine Welt. Göttingen, 1968

THOMAE, H.: Altern als psychologisches Problem. In: M. IRLE (Hg.): Bericht 26. Kongr. Dt. Ges. f. Psychologie (Tübingen 1968), Göttingen, 1969, 22 - 36

THOMAE, H.: Theory of aging and cognitive theory of personality. Proc. Intern. Congr. Gerontology, Washington, 1969 u. Hum. Devel. 13, 197o, 1 - 16

THOMAE, H.: Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns. Z. Geront. 4, 1971, 8 - 18

THOMAE, H.: Anpassungsprobleme im höheren Alter - aus psychologischer Sicht. akt. geront. 4, 1974, 647 - 656

THOMAE, H.: The 'developmental-task-approach' to a theory of aging. Z. Geront. 8, 1975, 125 - 137

THOMAE, H. (Hg.): Patterns of Aging. Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging. Basel, 1976

THOMAE, H.: Patterns of 'successfull' aging. In: H. THOMAE (Hg.): Patterns of aging. Basel, 1976a, 147 - 161

THOMAE, H.: Background and aims of the Bonn Longitudinal Study of Aging. In: H. THOMAE (Hg.): Patterns of aging. Basel, 1976b, 1 - 11

THOMAE, H.: Zur Problematik des Entwicklungsbegriffs im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In: R. OERTER (Hg.): Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Hamburg, 1978, 21 - 32

THOMAE, H.: Aspekte einer Gesellschaftspolitik für ältere Menschen (gerontologisches Grundsatzreferat). In: M. DIECK u. T. SCHREIBER (Hg.): Gerontologie und Gesellschaftspolitik. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. DZA, Berlin, November 1979, 49 - 68

THOMAE, H., A. ANGLEITNER, H.GROMBACH u. R. SCHMITZ-SCHERZER: Determinanten und Varianten des Alternsprozesses. Ein Bericht über die Bonner gerontologische Längsschnittstudie. akt. geront. 3, 1973, 359 - 377

THOMAE, H. u. E.U. KRANZHOFF: Nutzung von Einrichtungen und Veranstaltungen der offenen Altenhilfe und Lebenszufriedenheit. Stuttgart, 1979

THOMPSON, W., G.F. STREIB u. J. KOSA: Effect of retirement on personal adjustment. A panel analysis. J. Gerontol. 15, 1963, 165- 169

THORNDIKE, E.L., E.O. BREGMAN, J.W. TILTON u. E. WOODWARD: Adult learning. New York, 1928

TISMER, K.-G., U. LANGE, N. ERLEMEIER u. I. TISMER-PUSCHNER: Psychosoziale Aspekte der Situation älterer Menschen. Stuttgart, 1975

TISMER-PUSCHNER, I., K.-G. TISMER u. N. ERLEMEIER: Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Bonn, 1972

TOBIN, S. u. B. NEUGARTEN: Life satisfaction and social interaction in the aging. J. Gerontol. 16, 1961, 344 - 346

TRUDEWIND, C.: Die Entwicklung des Leistungsmotivs. In: H.-D. SCHMALT u. W.-U. MEYER (Hg.): Leistungsmotivation und Verhalten. Stuttgart, 1976, 193 - 219

TUNSTALL, J.: Old and alone; a sociological study of old people. London, 1966

VATH, R.: Das Altern lernen. Hannover, 1973

WALTON, D.: The diagnostic and predictive accuracy of the Wechsler Memory Scale in psychiatric patients over 65. J. Ment. Sci., 1o4, 1958, 1111 - 1118

WECHSLER, D.: The measurement of adult intelligence. Baltimore, 1939, ³1944

WECHSLER, D.: Manual for the Wechsler adult intelligence scale. Psych. Corpor., New York, 1955

WECHSLER, D.: Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Bern, Stuttgart, 1958

WHITE, R.W.: Motivation reconsidered: the concept of competence. Psychological Review 66(5), 1959, 297- 332

WHITE, R.W.: Ego and reality in psychoanalytic theory. Psychol. Iss. 3, 1963

WHITE, R.W. (Hg.): The study of lives. New York, 1964

WILCOXON, F.: Individual comparisons by ranking tests. Biometrics 1, 1945, 8o - 82

WOHLWILL, J.F.: The study of behavioral development. New York/London, 1973

WOOD, P.H.N.: Classification of impairments and handicaps. Geneva, 1975 (WHO document)

WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: The public health aspects of the aging of the population. Report of an advisory group. Oslo, 28. July - 2. August 1958, Copenhagen: World Health Organization

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Reports on specific technical matters: Disability prevention and rehabilitation. Genf, 1976

Wylic, R.C.: The self-concept. A critical survey of pertinent research literature. Lincoln, Univ. Nebr. Press, 1961

YARROW, L.J.: Maternal deprivation: Toward an empirical and conceptual re-evaluation. Psych. Bull., 58, 1961, 459 - 49o

YOUMANS, E.G.: Leisure time activities of older persons in selected rural and urban areas of Kentucky. Progr. Progr. Rep. 115, 1962, 1 ff.

ZIMMERMANN, R.E.: Soziologische aspekte. akt. geront. 8, 1978, 49 - 55

A N H A N G

Befragung: Betreute des Außendienstes im "HAUS IM PARK"

Informationsschreiben an die zu Befragenden

Erläuterungen für die Einschätzung durch die Betreuerinnen

EXPLORATION

A U S S E N D I E N S T

Name des Befragten:

Adresse des Befragten:

Telefon des Befragten:

Name der Betreuerin:

Name des Interviewers:

Datum der Exploration:

(Die mit * gekennzeichneten Fragen haben keine vorgegebenen Antworten. Ihre spätere Kategorisierung ist anschließend angefügt.)

Merkm.
Nr. Score

A U S S E N D I E N S T

1 Dauer der Betreuung durch den Außendienst
(in Monaten)

*Gründe für die Inanspruchnahme einer Betreuung durch den Außendienst
(freie Antwort)

*Art der Kontaktaufnahme zum Außendienst
(Veranlasser der Kontaktaufnahme)
(freie Antwort)

2 Häufigkeit der Betreuung

1 täglich
2 mehrmals wöchentlich
3 1x wöchentlich
4 14-tägig
5 weniger als 14-tägig

3 Dauer des jeweiligen Einsatzes

1 bis einschließlich 2 Stunden
2 mehr als 2 bis einschließlich 3 Stunden
3 mehr als 3 bis einschließlich 4 Stunden
4 mehr als 4 bis einschließlich 5 Stunden
5 mehr als 5 Stunden

Merkm. Nr.	Score	
4		Zufriedenheit mit der Betreuerin
	1	sehr unzufrieden
	2	recht unzufrieden
	3	recht zufrieden
	4	sehr zufrieden
5		Art des Kontaktes zur Betreuerin/ Beurteilung des Interviewers
	1	eher distanziert
	2	eher persönlich
		P E R S O N A L D A T E N
6		Alter
7		Geschlecht
	1	männlich
	2	weiblich
8		Familienstand
	1	ledig
	2	verheiratet
	3	verwitwet
	4	geschieden
	5	getrennt lebend
9		Familienstand seit ..... Jahren
1o		heimatvertrieben
	1	einheimisch
	2	zugezogen
	3	heimatvertrieben
11		Schulabschluß
	1	kein Abschluß
	2	Volksschulabschluß
	3	mittlere Reife
	4	Abitur
	5	abgeschlossenes Studium

Merkm. Nr. Score

12 Konfession

1 evangelisch
2 katholisch
3 jüdisch
4 sonstige Religion
5 konfessionslos

13 hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit des Vaters

genaue Angabe:

einzuordnen als:
1 Arbeiter
2 Handwerker, Facharbeiter
3 Angestellter, mittlerer Beamter
4 freier Beruf in der Wirtschaft
5 akademischer Beruf, höherer Beamter
6 Landwirt
7 Sonstiges

14 hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit des Lebensgefährten

genaue Angabe:

einzuordnen als:
1 Arbeiter(in)
2 Handwerker, Facharbeiter(in)
3 Angestellte(r), mittlere(r) Beamtin(er)
4 freier Beruf in der Wirtschaft
5 akademischer Beruf, höhere(r) Beamtin(er)
6 Landwirt(in)
7 Sonstiges

B E R U F L I C H E S I T U A T I O N B Z W. P E N S I O N I E R U N G

15 Berufsausbildung

genaue Angabe:

einzuordnen als:
1 Arbeiter(in)
2 Handwerker, Facharbeiter(in)
3 Angestellte(r), mittlere(r) Beamtin(er)
4 freier Beruf in der Wirtschaft
5 akademischer Beruf, höhere(r) Beamtin(er)
6 Landwirt(in)
7 Sonstiges
8 keine Berufsausbildung

Merkm. Nr. Score

16 hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit

genaue Angabe:

einzuordnen als:
1 Arbeiter(in)
2 Handwerker, Facharbeiter(in)
3 Angestellte(r), mittlere(r) Beamtin(er)
4 freier Beruf in der Wirtschaft
5 akademischer Beruf, höhere(r) Beamtin(er)
6 Landwirt(in)
7 Hausfrau
8 Sonstiges

17 zuletzt ausgeübte Tätigkeit

genaue Angabe:

einzuordnen als:
1 Arbeiter(in)
2 Handwerker, Facharbeiter(in)
3 Angestellte(r), mittlere(r) Beamtin(er)
4 freier Beruf in der Wirtschaft
5 akademischer Beruf, höhere(r) Beamtin(er)
6 Landwirt(in)
7 Hausfrau
8 Sonstiges

18 Pensionierung/Rente seit ..... Jahren

19 Pensionierung/Rente

1 nicht pensioniert
2 pensioniert mit regelmäßiger quasi-beruflicher Tätigkeit
3 pensioniert mit unregelmäßiger quasi-beruflicher Tätigkeit
4 pensioniert ohne quasi-berufliche Tätigkeit
5 unveränderte hausfrauliche Tätigkeit
6 Frühinvalide(in)

2o Zeitaufwand für den Beruf/für eine Tätigkeit nach der Pensionierung

1 voll berufstätig
2 stundenweise berufstätig
3 gelegentlich berufstätig
4 kein Beruf/keine Tätigkeit

Merkm. Nr. Score

21 Art der Tätigkeit nach der Pensionierung

genaue Angabe:

einzuordnen als:
0 nicht tätig
1 Arbeiter(in)
2 Handwerker, Facharbeiter(in)
3 Angestellte(r), mittlere(r) Beamtin(er)
4 freier Beruf in der Wirtschaft
5 akademischer Beruf, höhere(r) Beamtin(er)
6 Landwirt(in)
7 Sonstiges

W O H N S I T U A T I O N

22 Art der Wohnung

1 eigenes Haus
2 Eigentumswohnung
3 selbständige Mietwohnung
4 Untermiete
5 Altenwohnanlage u.ä.

23 Lage der Wohnung

1 sehr belebt
2 recht belebt
3 mäßiger Verkehr
4 recht ruhig
5 sehr ruhig

24 Höhe der Miete (ohne Heizung)
(in DM angeben)

25 Wohngeld

1 ja
2 nein

26 Qm-Anzahl der Wohnung

27 Stockwerk

0 Parterre
1 1. Stock
2 2. Stock
3 3. Stock usw.
. .
. .

Merkm. Nr.	Score	
28		Fahrstuhl
		1 ja 2 nein
29		Zahl der Zimmer
3o		eigene Küche/Kochnische
		1 ja 2 nein
31		eigenes Bad/eigene Dusche
		1 ja, beides 2 nur Bad 3 nur Dusche 4 weder Bad noch Dusche
32		fließend warmes Wasser
		1 ja 2 nein
33		WC in der eigenen Wohnung
		1 ja 2 nein
34		Heizung
		1 Zentralheizung 2 Ofenheizung (Kohle, Öl) 3 Sonstiges
		Art der Heizungsbedienung (freie Antwort)
35		Garten/Balkon
		1 Garten am Haus vorhanden 2 Balkon vorhanden 3 beides vorhanden 4 Schrebergarten 5 weder Garten noch Balkon vorhanden

Merkm. Nr.	Score
36	Telefon 1 ja 2 nein 3 nein, aber in unmittelbarer Nachbarschaft leicht verfügbar
37	Fernseher 1 ja 2 nein
38	Radio 1 ja 2 nein
39	Kühlschrank 1 ja 2 nein
4o	Gefriertruhe 1 ja 2 nein
41	Waschmaschine 1 ja 2 nein
42	Staubsauger 1 ja 2 nein
43	Wohnungszustand - Interviewerurteil 1 eher gepflegt 2 eher ungepflegt
44	Wohnungszustand - Betreuerurteil 1 eher gepflegt 2 eher ungepflegt
45	Renovierungsbedürftigkeit der Wohnung - Urteil des Betreuten 1 eher renovierungsbedürftig 2 eher nicht renovierungsbedürftig

Merkm. Nr.	Score	
46		Renovierungsbedürftigkeit der Wohnung - Urteil des Interviewers
		1 eher renovierungsbedürftig 2 eher nicht renovierungsbedürftig
47		Renovierungsbedürftigkeit der Wohnung - Urteil der Betreuerin
		1 eher renovierungsbedürftig 2 eher nicht renovierungsbedürftig
48		Zahl der im Haushalt lebenden Personen (einschließlich des Betreuten)
49		Art der Mitbewohner im Haushalt
		1 lebt allein 2 lebt allein mit Ehepartner 3 lebt mit Ehepartner und Kindern 4 lebt nur mit Kindern 5 Wohngemeinschaft mit einem(r) Bekannten 6 lebt mit anderen Verwandten 7 lebt mit sonstigen Mitbewohnern (Pflege- oder Hauspersonal)
5o		Haushaltshilfe/Pflegepersonal (bezahlt, nicht Außendienst)
		1 keine Haushaltshilfe/kein Pflegepersonal 2 gelegentlich Haushaltshilfe/Pflegepersona 3 wöchentlich Haushaltshilfe/Pflegepersonal 4 mehrmals wöchentlich Haushaltshilfe/ Pflegepersonal 5 täglich Haushaltshilfe/Pflegepersonal 6 ganztägig, ständig Haushaltshilfe/Pflege- personal, nicht im Haus wohnend 7 ganztägig, ständig Haushaltshilfe/Pflege- personal, im Haus wohnend
51		Nachbarschaftshilfe (unbezahlt)
		1 keine Nachbarschaftshilfe 2 gelegentlich Nachbarschaftshilfe 3 wöchentlich Nachbarschaftshilfe 4 mehrmals wöchentlich Nachbarschaftshilfe 5 täglich Nachbarschaftshilfe

Merkm. Nr. Score

52 Hilfe durch Verwandte, Freunde, Bekannte (unbezahlt)

1 keine Hilfe
2 gelegentlich Hilfe
3 wöchentlich Hilfe
4 mehrmals wöchentlich Hilfe
5 täglich Hilfe

53 Hilfe durch Institutionen (z.B. Gemeindeschwester) (unbezahlt)

1 keine Hilfe
2 gelegentlich Hilfe
3 wöchentlich Hilfe
4 mehrmals wöchentlich Hilfe
5 täglich Hilfe

*Probleme und Wünsche hinsichtlich der Wohnsituation

Frage: Haben Sie an Ihrer Wohnsituation etwas auszusetzen? Bestehen diesbezüglich Wünsche?
(freie Antwort)

54 Umsiedlung in Altenwohnanlage, -heim, -pflegeheim

0 keine Angabe
1 schon erfolgt
2 geplant
3 nicht erwünscht bzw. nicht für nötig befunden (Sicht des Betreuten)

Merkm. Nr.	Score	
		Ö K O N O M I S C H E S I T U A T I O N
55		Nettoeinkommen (DM)
		finanzielle Einnahmequellen
		1 ja 2 nein
56		eigener Verdienst
57		eigene/gemeinsame Rente o. Pension
58		Witwenrente
59		Lastenausgleich
6o		Kriegsopferrente
61		Nebenbeschäftigung
62		Besitz
63		Sozialhilfe
64		Unterhalt von Kindern
65		Sonstiges (genaue Angabe)
66		Grad der ökonomischen Unabhängigkeit/ Beurteilung durch den Betreuten (nur wenn angebracht)
		1 vollständig abhängig von anderen Personen bzw. staatlichen Institutionen 2 weitgehend von anderen abhängig 3 teilweise von anderen abhängig 4 im allgemeinen finanziell unabhängig von anderen 5 vollständig unabhängig; bedarf keiner finanziellen Hilfe
67		Grad der ökonomischen Unabhängigkeit/ Beurteilung durch den Interviewer
		1 vollständig abhängig von anderen Personen bzw. staatlichen Institutionen 2 weitgehend von anderen abhängig 3 teilweise von anderen abhängig 4 im allgemeinen finanziell unabhängig von anderen 5 vollständig unabhängig; bedarf keiner finanziellen Hilfe

Merkm. Nr.	Score	
68		Grad der ökonomischen Unabhängigkeit/ Beurteilung durch die Betreuerin
	1	vollständig abhängig von anderen Personen bzw. staatlichen Institutionen
	2	weitgehend von anderen abhängig
	3	teilweise von anderen abhängig
	4	im allgemeinen finanziell unabhängig von anderen
	5	vollständig unabhängig; bedarf keiner finanziellen Hilfe
69		Schichtzugehörigkeit/Urteil des Interviewers
	1	Unterschicht
	2	untere Mittelschicht
	3	Mittelschicht
	4	obere Mittelschicht
	5	Oberschicht
7o		Schichtzugehörigkeit/Urteil der Betreuerin
	1	Unterschicht
	2	untere Mittelschicht
	3	Mittelschicht
	4	obere Mittelschicht
	5	Oberschicht
		*Probleme und Wünsche hinsichtlich der ökonomischen Situation
		Frage: Haben Sie an Ihrer wirtschaftlichen Situation etwas auszusetzen? Bestehen diesbezüglich Wünsche? (freie Antwort)

Merkm.
Nr. Score

G E S U N D H E I T S Z U S T A N D

71 in ständiger ärztlicher Betreuung

1 ja
2 nein

72 Anzahl der im Bett verbrachten Krankheitstage im letzten Jahr

73 Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Krankheitstage im letzten Jahr

74 Beurteilung des Gewichts durch den Interviewer

1 Untergewicht
2 Normalgewicht
3 Übergewicht

*Art der gesundheitlichen Beschwerden

Frage: Haben Sie gesundheitliche Beschwerden?
(freie Antwort)

75 Bewegungsbehinderungen

1 sehr stark
2 eher stark
3 weder stark noch gering
4 eher gering
5 sehr gering

Merkm.
Nr. Score

*Gehhilfen

Frage: Benutzen Sie Gehhilfen?
(freie Antwort, genaue Beschreibung:
z.B. 1 Stock, Rollstuhl usw.)

76 Sehbehinderungen

1 sehr stark
2 eher stark
3 weder stark noch gering
4 eher gering
5 sehr gering

77 Sehbehinderungen - Brille

1 ja
2 nein

78 Hörbehinderungen

1 sehr stark
2 eher stark
3 weder stark noch gering
4 eher gering
5 sehr gering

79 Hörbehinderungen - Hörgerät

1 ja
2 nein

8o zeitliche Orientierungsfähigkeit /Urteil des Interviewers

1 sehr schlecht
2 eher schlecht
3 weder schlecht noch gut
4 eher gut
5 sehr gut

Merkm. Nr.	Score	
81		zeitliche Orientierungsfähigkeit/Urteil der Betreuerin
	1	sehr schlecht
	2	eher schlecht
	3	weder schlecht noch gut
	4	eher gut
	5	sehr gut
82		räumliche Orientierungsfähigkeit/Urteil des Interviewers
	1	sehr schlecht
	2	eher schlecht
	3	weder schlecht noch gut
	4	eher gut
	5	sehr gut
83		räumliche Orientierungsfähigkeit/Urteil der Betreuerin
	1	sehr schlecht
	2	eher schlecht
	3	weder schlecht noch gut
	4	eher gut
	5	sehr gut
84		genereller Realitätsbezug/Urteil des Interviewers
	1	sehr schlecht
	2	eher schlecht
	3	weder schlecht noch gut
	4	eher gut
	5	sehr gut
85		genereller Realitätsbezug/Urteil der Betreuerin
	1	sehr schlecht
	2	eher schlecht
	3	weder schlecht noch gut
	4	eher gut
	5	sehr gut

Merkm. Nr.	Score
86	derzeitiges subjektives gesundheitliches Wohlbefinden/Urteil des Betreuten selbst
	1 sehr schlecht 2 eher schlecht 3 weder schlecht noch gut 4 eher gut 5 sehr gut
87	derzeitiges subjektives gesundheitliches Wohlbefinden/Urteil des Interviewers
	1 sehr schlecht 2 eher schlecht 3 weder schlecht noch gut 4 eher gut 5 sehr gut
88	derzeitiges subjektives gesundheitliches Wohlbefinden/Urteil der Betreuerin
	1 sehr schlecht 2 eher schlecht 3 weder schlecht noch gut 4 eher gut 5 sehr gut
89	Anzahl der pro Tag eingenommenen Medikamentensorten
9o	regelmäßiges Essen (mind. 3x am Tag)
	1 ja 2 nein
91	regelmäßige warme Mahlzeiten (min. 4x pro Woche)
	1 ja 2 nein
92	vorwiegende Art der Zubereitung des Mittagessens
	0 ißt kein Mittagessen 1 selbst zubereitet 2 gebracht von 'Essen auf Rädern' 3 von Betreuerin zubereitet 4 von bezahlter Haushaltshilfe (Betreuerin ausgenommen) zubereitet 5 von anderen Personen zubereitet 6 Mittagstisch im 'Haus im Park' 7 Essen im Restaurant

Merkm.
Nr. Score

93 Diät

1 ja
2 nein

*Art der Diät
(freie Antwort)

*Probleme und Wünsche hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten

Frage: Haben Sie an Ihren Ernährungsgewohnheiten etwas auszusetzen? Bestehen diesbezüglich Wünsche?
(freie Antwort)

S O Z I A L K O N T A K T E

FAMILIÄRE SITUATION

94 Zahl der lebenden Kinder

95 Zahl der im Haus lebenden Kinder

96 subjektive Beurteilung der Häufigkeit von Kontakten zu den Kindern

1 sehr selten
2 eher selten
3 weder selten noch oft
4 eher oft
5 sehr oft

Merkm. Nr.	Score	
97		Zahl der Enkel
98		Zahl der eigenen lebenden Geschwister
99		Zahl der lebenden Geschwister des Partners
1oo		Zahl der im Hause lebenden Verwandten (Kinder ausgenommen)
1o1		subjektive Beurteilung der Häufigkeit von Kontakten zu den sonstigen Verwandten
	1	sehr selten
	2	eher selten
	3	weder selten noch oft
	4	eher oft
	5	sehr oft
		*Probleme und Wünsche hinsichtlich der familären Situation
		Frage: Haben Sie an Ihrer familiären Situation etwas auszusetzen? Bestehen diesbezüglich Wünsche?

Merkm. Nr.	Score
	SONSTIGE SOZIALKONTAKTE
1o2	subjektive Beurteilung der Häufigkeit von Kontakten zu den Freunden
	0 keine Freunde 1 sehr selten 2 eher selten 3 weder selten noch oft 4 eher oft 5 sehr oft
1o3	subjektive Beurteilung der Häufigkeit von Kontakten zu Bekannten
	0 keine Bekannten 1 sehr selten 2 eher selten 3 weder selten noch oft 4 eher oft 5 sehr oft
1o4	subjektive Beurteilung der Häufigkeit von Kontakten zu Nachbarn
	0 keine Nachbarn 1 sehr selten 2 eher selten 3 weder selten noch oft 4 eher oft 5 sehr oft
1o5	Zugehörigkeit zu Vereinen oder Clubs ('Haus im Park' ausgenommen)
	0 keine Zugehörigkeit 1 in 1 Verein/Club 2 in 2 Vereinen/Clubs 3 in 3 Vereinen/Clubs . . . .

Merkm.
Nr. Score

*Probleme und Wünsche hinsichtlich der sonstigen Sozialkontakte

Frage: Haben Sie an Ihren außerfamiliären Sozialkontakten, also Kontakten zu Freunden, Bekannten, Nachbarn oder in Vereinen bzw. Clubs, etwas auszusetzen? Bestehen diesbezüglich Wünsche?
(freie Antwort, 'Haus im Park' hier nicht berücksichtigen)

Merkm. Nr.	Score
	S E N I O R E N - C E N T R U M
	' H A U S I M P A R K '
1o6	Besuch des Senioren-Centrums
	0 nie
	1 ganz unregelmäßig
	2 weniger als 1-2x im Monat
	3 1-2x im Monat
	4 1x pro Woche
	5 2x pro Woche
	6 3x pro Woche
	7 4x pro Woche
	8 5x pro Woche
	Besuch von Veranstaltungen im Senioren-Centrum
	0 nein
	1 ja, regelmäßig
	2 ja, unregelmäßig
	Hobbygruppen:
1o7	Spinnen, Weben, Stricken
1o8	Hobby-Schneidern
1o9	rhythmische Gymnastik
11o	Yoga
111	Werken, Töpfern
112	Laienmalerei
113	Literarischer Nachmittag
114	Chorsingen
115	Wandergruppe
	Sonstiges:
116	Besuch des Tagescafés
117	Kartenspielen

Merkm.
Nr. Score

*Probleme und Wünsche hinsichtlich des Senioren-Centrums

Frage: Haben Sie hinsichtlich des Senioren-Centrums etwas auszusetzen? Bestehen diesbezüglich Wünsche?
(freie Antwort)

Merkm. Nr. Score

P E R S Ö N L I C H K E I T S P R O F I L

Beurteilung des Betreuten durch die Betreuerin

Der/die Betreute gibt sich folgendermaßen: Er/sie

	1		5
118	ist ungeduldig	vs.	ist geduldig
119	ist freundlich	vs.	ist unfreundlich
12o	ist höflich	vs.	ist unhöflich
121	hat anderen gegenüber Vorurteile	vs.	ist anderen gegenüber vorurteilsfrei
122	ist freundschaftlich, friedfertig	vs.	ist feindselig, aggressiv
123	ist tolerant	vs.	ist intolerant
124	erscheint schablonenhaft	vs.	gibt sich so, wie er/sie wirklich ist
125	vertraut dem anderen	vs.	mißtraut dem anderen
126	lehnt den anderen ab	vs.	akzeptiert den anderen, nimmt ihn an
127	dirigiert, lenkt den anderen	vs.	läßt den anderen selbst bestimmen
128	ist kühl	vs.	ist warmherzig
129	fühlt sich für eigene Probleme selbst verantwortlich	vs.	macht andere für eigene Probleme verantwortlich
13o	wirkt in seinem Verhalten festgelegt, eingefahren	vs.	ist flexibel, kann sich umstellen
131	gibt sich unfehlbar	vs.	zeigt Bereitschaft, sich in Frage zu stellen
132	tapfer	vs.	wehleidig
133	stellt sich als geliebt dar	vs.	stellt sich als ungeliebt dar
134	will nicht mehr Hilfe, als unbedingt nötig	vs.	gibt sich hilfsbedürftiger, als er/sie vermutlich ist

(weiter S. 23)

Merkm. Nr.	Score		
	noch Persönlichkeitsprofil S. 22		
	Der/die Betreute gibt sich folgendermaßen: Er/sie		
	1		5
135	empfindet sich als wertlos	vs.	empfindet sich als wertvoll
136	ist lebenstüchtig	vs.	ist lebensuntüchtig
137	scheint sich selbst zu akzeptieren	vs.	scheint sich selbst abzulehnen
138	ist vom vergangenen Leben enttäuscht	vs.	ist mit dem vergangenen Leben zufrieden
139	ist mit dem gegenwärtigen Leben zufrieden	vs.	ist mit dem gegenwärtigen Leben unzufrieden
14o	offenbart nichts von seinen eigentlichen Gefühlen	vs.	spricht freimütig über sich selbst

Merkm. Nr.	Score	
		P S Y C H I S C H E B E L A S T U N G E N
		Skala jeweils: 1 keine Belastung 2 wenig Belastung 3 etwas Belastung 4 recht starke Belastung 5 sehr starke Belastung (0, wenn bei Kindern, sonstigen Verwandten, Nachbarn, Partner keine entsprechenden Bezugspersonen existieren)
141		Probleme mit der Einsamkeit
142		Probleme mit den Kindern
143		Probleme mit sonstigen Verwandten
144		Probleme mit Nachbarn
145		Probleme mit dem Partner
146		Probleme mit Geld
147		Probleme mit der Gesundheit
148		Probleme mit Stimmungen, Depressionen u.ä.
149		Probleme mit Behörden
15o		Probleme mit der Wohnung
151		Probleme mit der Technik im Haushalt
152		Sonstige Probleme(genaue Angabe)

Merkm. Nr.	Score	
		K O M P E T E N Z I N B E Z U G A U F A L L T A G S V E R R I C H T U N G E N
		Kompetenzliste/Urteil des Betreuten
		1 fällt sehr leicht 2 fällt eher leicht 3 fällt weder leicht noch schwer 4 fällt eher schwer 5 fällt sehr schwer
		Der/die Betreute kann
153		sich ankleiden
154		das WC benutzen
155		sich waschen
156		duschen
157		baden
158		sich kämmen/sich rasieren
159		sich das Haar waschen
16o		Nagelpflege durchführen
161		Fußpflege durchführen
162		kochen
163		essen
164		die nötige Medizin einnehmen
165		abwaschen
166		fegen
167		Staub saugen
168		Staub wischen
169		Fenster putzen
17o		aufwischen
171		Wäsche waschen(kleine Teile)
172		sicher mit Geld umgehen
173		schnell gewünschte Gegenstände finden
174		sich sicher innerhalb der Wohnung bewegen

(weiter S. 26)

Merkm. Nr.	Score
	(noch Kompetenzliste/Urteil des Betreuten)
	Der/die Betreute kann
175	sich sicher von der Wohnung auf die Straße begeben
176	sich sicher im Straßenverkehr bewegen (zu Fuß)
177	öffentliche Verkehrsmittel benutzen
178	einkaufen
179	Besuche empfangen
18o	Besuche machen

Kompetenzliste/Urteil der Betreuerin

1 fällt sehr leicht
2 fällt eher leicht
3 fällt weder leicht noch schwer
4 fällt eher schwer
5 fällt sehr schwer

	Der/die Betreute kann
181	sich ankleiden
182	das WC benutzen
183	sich waschen
184	duschen
185	baden
186	sich kämmen/sich rasieren
187	sich das Haar waschen
188	Nagelpflege durchführen
189	Fußpflege durchführen
19o	kochen
191	essen
192	die nötige Medizin einnehmen
193	abwaschen
194	fegen
195	Staub saugen
196	Staub wischen

(weiter S. 27)

Merkm. Nr.	Score	
		(noch Kompetenzliste/Urteil der Betreuerin)
		Der/die Betreute kann
197		Fenster putzen
198		aufwischen
199		Wäsche waschen (kleine Teile)
2oo		sicher mit Geld umgehen
2o1		schnell gewünschte Gegenstände finden
2o2		sich sicher innerhalb der Wohnung bewegen
2o3		sich sicher von der Wohnung auf die Straße begeben
2o4		sich sicher im Straßenverkehr bewegen (zu Fuß)
2o5		öffentliche Verkehrsmittel benutzen
2o6		einkaufen
2o7		Besuche empfangen
2o8		Besuche machen

Merkm. Nr.	Score	
		A K T I V I T Ä T E N R A D I U S
		Interesse an Freizeitaktivitäten
		1 sehr gering ausgeprägt 2 eher gering ausgeprägt 3 mittelmäßig ausgeprägt 4 eher stark ausgeprägt 5 sehr stark ausgeprägt
209		Verrichtungen im Haushalt
210		Besuche machen, empfangen
211		Besuch von Geselligkeiten (Bunter Abend, Tanz usw.)
212		Besuch kultureller Veranstaltungen (Oper, Theater, Kino usw.)
213		Besuch sportlicher Veranstaltungen (als Zuschauer)
214		Besuch fortbildender Veranstaltungen (Volkshochschule, Vorträge usw.)
215		Besuch politischer Veranstaltungen
216		Fernsehen
217		Radio hören
218		Tageszeitungen, Illustrierte lesen
219		Bücher lesen
220		Gartenarbeit
221		Basteln, Handarbeiten, Malen u.ä.
222		Spiele (Karten-, Gesellschaftsspiele)
223		Besuch eines Cafés, Restaurants, Lokals
224		Spaziergänge machen
225		Reisen
226		Ausflüge, Besichtigungen u.ä. machen
227		Hilfeleistungen bei Freunden, Bekannten
228		Kirchenbesuch
229		Beschäftigung mit religiösen Inhalten (Gottesdienst im Radio/Fernsehen, Bibel lesen usw.)

(weiter S. 29)

Merkm. Nr.	Score	
		(noch Interesse an Freizeitaktivitäten)
23o		Besuch einer Altentagesstätte, eines Altenclubs usw. (Senioren-Centrum 'Haus im Park' ausgenommen)
231		Besuch eines Clubs, Vereins usw. (nicht speziell für Ältere)
232		Informationen über den Stadtteil
233		Sonstiges (genaue Angabe)
		Ausübung von Freizeitaktivitäten
		1 wird nie gemacht 2 wird selten gemacht 3 wird gelegentlich gemacht 4 wird öfter gemacht 5 wird sehr oft gemacht
234		Verrichtungen im Haushalt
235		Besuche machen, empfangen
236		Besuch von Geselligkeiten (Bunter Abend, Tanz usw.)
237		Besuch kultureller Veranstaltungen (Oper, Theater,Kino usw.)
238		Besuch sportlicher Veranstaltungen (als Zuschauer)
239		Besuch fortbildender Veranstaltungen (Volkshochschule, Vorträge usw.)
24o		Besuch politischer Veranstaltungen
241		Fernsehen
242		Radio hören
243		Tageszeitungen, Illustrierte lesen
244		Bücher lesen
245		Gartenarbeit
246		Basteln, Handarbeiten, Malen u.ä.
247		Spiele (Karten-, Gesellschaftsspiele)

(weiter S. 3o)

Merkm. Nr.	Score	
		(noch Ausübung von Freizeitaktivitäten)
248		Besuch eines Cafés, Restaurants, Lokals
249		Spaziergänge machen
25o		Reisen
251		Ausflüge, Besichtigungen u.ä. machen
252		Hilfeleistungen bei Freunden, Bekannten
253		Kirchenbesuch
254		Beschäftigung mit religiösen Inhalten (Gottesdienst im Radio/Fernsehen, Bibel lesen usw.)
255		Besuch einer Altentagesstätte, eines Altenclubs usw. (Senioren-Centrum 'Haus im Park' ausgenommen)
256		Besuch eines Clubs, Vereins usw. (nicht speziell für Ältere)
257		Informationen über den Stadtteil
258		Sonstiges (genaue Angabe)
259		Grad der Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten/globale Beurteilung des Betreuten
	1	überhaupt nicht auf fremde Hilfe angewiesen
	2	bei wenigen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen
	3	bei einigen/mehreren Dingen auf fremde Hilfe angewiesen
	4	bei ziemlich vielen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen
	5	völlig auf fremde Hilfe angewiesen
26o		Grad der Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten/globale Beurteilung der Betreuerin
	1	überhaupt nicht auf fremde Hilfe angewiesen
	2	bei wenigen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen
	3	bei einigen/mehreren Dingen auf fremde Hilfe angewiesen
	4	bei ziemlich vielen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen
	5	völlig auf fremde Hilfe angewiesen

Merkm.
Nr. Score

K A T E G O R I S I E R U N G D E R

F R E I E N A N T W O R T E N

261 Gründe für die Inanspruchnahme einer Betreuung durch den Außendienst

0 keine Angabe
1 ständige eigene Krankheit/Behinderung bzw. Krankheit/Behinderung des Lebensgefährten
2 Nachlassen der Kräfte
3 eigener Krankenhausaufenthalt bzw. Krankenhausaufenthalt des Lebensgefährten
4 Tod des Ehepartners
5 Wegfall anderweitiger Hilfen (bezahlt oder unbezahlt)

262 Art der Kontaktaufnahme zum Außendienst

0 keine Angabe
1 Vermittlung durch Krankenhäuser, Behörden, Gemeindeschwester
2 Vermittlung durch Verwandte
3 Vermittlung durch Angestellte des 'Haus im Park'
4 Eigeninitiative aufgrund von Anregungen durch Verwandte oder Bekannte
5 Eigeninitiative aufgrund von Anregungen durch Medien
6 Eigeninitiative aufgrund des Besuchs des 'Haus im Park'
7 Eigeninitiative aufgrund früherer Firmenzugehörigkeit zur HAUNI

Probleme hinsichtlich der Wohnsituation

0 keine Angabe
1 ja

263 Wohnung nicht altersgerecht

264 allgemeine bauliche Mängel/Renovierungsbedürftigkeit

265 Vermissen eines nachbarschaftlichen Kontaktes

266 ungünstige Verkehrslage der Wohnung

Merkm. Nr.	Score	
267		Probleme hinsichtlich der wirtschaftlichen Situation
		0 keine Angabe 1 ja
		Art der gesundheitlichen Beschwerden
		0 keine Angabe 1 ja
268		Erkrankungen der Verdauungsorgane
269		Herz- und Kreislauferkrankungen
27o		Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)
271		Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen
272		Erkrankungen des Respirationstraktes
273		Erkrankungen des Uro-Genitalsystems
274		Erkrankungen der Sinnesorgane
275		Lähmungen
276		Erkrankungen des Nervensystems und psychische Beeinträchtigungen
277		Gehhilfen
		0 keine 1 1 Stock 2 2 Stöcke 3 Blindenstock 4 Rollstuhl
278		Art der Diät
		0 keine Diät 1 Diabetes-Diät 2 Leber-Diät 3 Gallen-Diät 4 Magen-Diät
		Probleme hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten
		0 keine Angabe 1 ja
279		Probleme mit 'Essen auf Rädern'
28o		Probleme mit Mittagstisch im 'Haus im Park'
281		sonstige Probleme

Merkm. Nr.	Score	
		Probleme hinsichtlich der familiären Situation
		0 keine Angabe 1 ja
282		Kontakt zu Kindern völlig abgebrochen
283		zu wenig Kontakt zu Kindern trotz räumlicher Nähe
284		zu wenig Kontakt zu Kindern wegen räumlicher Entfernung
285		sonstige Probleme mit Kindern
286		Kontakt zu Enkeln völlig abgebrochen
287		zu wenig Kontakt zu Enkeln trotz räumlicher Nähe
288		zu wenig Kontakt zu Enkeln wegen räumlicher Entfernung
289		Kontakt zu übrigen Familienmitgliedern völlig abgebrochen
29o		zu wenig Kontakt zu übrigen Familienmitgliedern trotz räumlicher Nähe
291		zu wenig Kontakt zu übrigen Familienmitgliedern wegen räumlicher Entfernung
		Probleme hinsichtlich der sonstigen Sozialkontakte
		0 keine Angabe 1 ja
292		allgemeine Einsamkeit
293		keine zufriedenstellenden Kontakte zu Nachbarn
294		keine zufriedenstellenden Kontakte zu Bekannten
295		Wunsch nach Partner/Lebensgefährten
296		eigene Kontaktschwäche

Merkm. Nr.	Score	
		Probleme bei einem Besuch des Senioren-Centrums
		0 keine Angabe 1 ja
297		Senioren-Centrum schwer zu erreichen
298		Probleme mit Veranstaltungszeiten
299		Schwierigkeiten mit anderen Besuchern
3oo		Ausstattungsmängel
3o1		finanzielle Probleme
		Wünsche hinsichtlich des Senioren-Centrums
		0 keine Angabe 1 ja
3o2		Wochenendbetrieb erwünscht
3o3		Abholdienst erwünscht
3o4		bestimmte zusätzliche Veranstaltungen erwünscht
3o5		Wünsche hinsichtlich des Theaters

Haus im Park

SENIOREN-CENTRUM DER HAUNI STIFTUNG E.V.

2o5 Hamburg 8o Bergedorf
Gräpelweg 8

Telefon (o4o) 7245ooo
Abteilung Gesundheit
und Rehabilitation
Telefon (4o4) 7245o55

Erst einmal ganz herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, an unserer Befragung teilzunehmen. Um Sie nochmals genau zu informieren, möchten wir Ihnen einige kurze Erläuterungen geben:

Das einmalig stattfindende Interview (etwa 1 1/2-stündig) beschäftigt sich hauptsächlich mit Ihrer ganz persönlichen Einstellung zu diesem Senioren-Centrum. Wie Sie bereits wissen, gilt dieses Centrum als ein Modell, auf dessen Erfahrungen weitere ähnliche Einrichtungen in Hamburg aufgebaut werden sollen.

Zur Gewinnung dieser so nötigen Erfahrungswerte sind wir nun unumgänglich auf die Mitarbeit unserer Besucher, also auf Sie, angewiesen. Hierbei ist uns j e d e Information wichtig, unabhängig davon, ob Sie dieses Centrum häufig oder seltener besuchen. Selbstverständlich werden sämtliche Informationen anonym behandelt und Ihre Namen verschlüsselt (auf dem Interview erscheint lediglich eine Zahl).

Ort und Zeit der Befragung wird einer der von uns geschulten Praktikanten oder Praktikantinnen (die übrigens alle sehr nett sind) mit Ihnen von sich aus nach Ihren Wünschen vereinbaren. Nach Beendigung der mündlichen Befragung wird Ihnen ein Umschlag mit einigen schriftlichen Fragen übergeben, für deren einfache und schnelle Beantwortung Sie sich ruhig Zeit lassen können (etwa bis zu drei Wochen).

Als kleinen Dank für Ihre Mitarbeit werden wir Sie in einigen Wochen zu einem netten Kaffeetrinken mit uns zusammen einladen und freuen uns schon jetzt darauf.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Hannelore Weise
Heidi Langner

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN FRAGEN

Für die Fragen 1 bis 9 gilt: Bitte kreuzen Sie die Alternative an, die Ihrer Meinung nach für den Betreuten zutrifft.

Bsp.: Wohnungszustand
1 eher gepflegt (X)
2 eher ungepflegt ( )

Das Kreuz bei der Alternative 1 bedeutet: Die Wohnung des Betreuten ist eher gepflegt.

zu Frage 5: Hier möchten wir wissen, wie gut Ihrer Meinung nach die zeitliche Orientierungsfähigkeit des betreffenden Betreuten ist, d.h. wie gut er über Termine, Daten, bestimmte Tage Bescheid weiß. Bsp.: Welcher Wochentag ist heute, welches Datum ist nächsten Sonntag, wann sind Geburtstage u.ä.

zu Frage 6: Hier geht es darum, wie gut Sie die räumliche Orientierungsfähigkeit der betreffenden Person einschätzen, d.h. wie gut kann sie Ihrer Meinung nach Entfernungen beurteilen, findet sie sich in der Wohnung, der näheren Umgebung usw. räumlich zurecht etc.

zu Frage 7: Wie gut ist Ihrer Meinung nach das Bewußtsein des Betreuten von seiner Umwelt, d.h. wie gut ist er über das Geschehen um ihn herum (z.B. politisches oder kommunales Tagesgeschehen) orientiert ?

zu Frage 9: Lesen Sie bitte die einzelnen Aktivitäten durch und entscheiden Sie dann, wie hilfsbedürftig der Betreute bei der Ausübung von Aktivitäten insgesamt erscheint. Geben Sie eine Gesamtbeurteilung ab.

Die Fragen 1o und 11 unterscheiden sich von den vorigen.

zu Frage 1o: Entscheiden Sie bitte für jede der angeführten Tätigkeiten, wie leicht bzw. schwer sie dem Betreuten fällt oder fallen würde, und schreiben Sie neben jede Tätigkeit den entsprechenden Wert.

zu Frage 11: Diese Liste besteht aus Paaren von gegensätzlichen Eigenschaften. Für jedes Paar sollen Sie nun entscheiden, welche der beiden Eigenschaften eher auf den Betreuten zutrifft und in welchem Ausmaß dies der Fall ist. Machen Sie bitte unter der entsprechenden Zahl ein Kreuz.

Kennziffer Frage
(bitte die entsprechende Antwort ankreuzen)

---

1) Wohnungszustand

1 eher gepflegt ( )

2 eher ungepflegt ( )

2) Renovierungsbedürftigkeit der Wohnung

1 eher renovierungsbedürftig ( )

2 eher nicht renovierungsbedürftig ( )

3) Grad der ökonomischen Unabhängigkeit

1 vollständig abhängig von anderen Personen bzw. staatlichen Institutionen

2 weitgehend von anderen abhängig; finanzielle Mittel nur in geringem Maße vorhanden

3 teilweise von anderen abhängig; eigene finanzielle Mittel und Unterstützung durch andere zu etwa gleichen Teilen

4 im allgemeinen finanziell unabhängig von anderen; Unterstützung von anderen nur für "Sonderausgaben" (z.B. Reise)

5 vollständig unabhängig; bedarf keiner finanziellen Hilfe

4) Schichtzugehörigkeit

1 Unterschicht ( )

2 untere Mittelschicht ( )

3 Mittelschicht ( )

4 obere Mittelschicht ( )

5 Oberschicht ( )

5) Orientierungsfähigkeit - zeitlich (Termine, Tage, Daten)

1 sehr schlecht ( )

2 eher schlecht ( )

3 weder besonders gut noch besonders schlecht ( )

4 eher gut ( )

5 sehr gut ( )

Kennziffer | Frage
(bitte die entsprechende Antwort ankreuzen)

6) Orientierungsfähigkeit - räumlich (Entfernungen schätzen)

1 sehr schlecht ( )
2 eher schlecht ( )
3 weder besonders gut noch besonders schlecht ( )
4 eher gut ( )
5 sehr gut ( )

7) genereller Realitätsbezug (Betreuter ist orientiert über politisches/kommunales Tagesgeschehen)

1 sehr schlecht ( )
2 eher schlecht ( )
3 weder besonders gut noch besonders schlecht ( )
4 eher gut ( )
5 sehr gut ( )

8) Beurteilung des derzeitigen subjektiven gesundheitlichen Wohlbefindens (wie fühlt sich der Betreute gesundheitlich?)

1 sehr schlecht ( )
2 eher schlecht ( )
3 weder besonders schlecht noch besonders gut ( )
4 eher gut ( )
5 sehr gut ( )

Kennziffer | Frage

(bitte die entsprechende Antwort ankreuzen)

---

9) Grad der Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten - globale Beurteilung

(wenn Sie sich die folgende Liste von Aktivitäten ansehen - wie schätzen Sie das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit bei den Aktivitäten insgesamt ein?)

Aktivitäten:

Verrichtungen im Haushalt; Besuche machen/empfangen; Besuch von Geselligkeiten (Bunter Abend, Tanz etc.); Besuch kultureller Veranstaltungen (Oper, Theater, Kino, Museum); Besuch sportlicher Veranstaltungen (Zuschauer); Besuch fortbildender Veranstaltungen (Volkshochschule, Vorträge etc.); Besuch politischer Veranstaltungen; Fernsehen, Radio hören, Tageszeitungen/Illustrierte lesen; Bücher lesen, Gartenarbeit/Blumenpflege; Basteln/Handarbeiten/Malen u.ä.; Spiele (Kartenspiele, Gesellschaftsspiele); Besuch eines Cafés/Restaurants; Spaziergänge machen; Reisen; Ausflüge machen/Besichtigungen; Hilfeleistungen bei Freunden/Bekannten/Verwandten; Kirchenbesuch; Beschäftigung mit religiösen Inhalten (Gottesdienst im Radio u. Fernsehen/Gespräche mit Pfarrer/Bibel lesen etc.); Besuch einer Altentagesstätte/eines Altenclubs etc. (Senioren-Centrum ausgenommen); Besuch eines Clubs/Vereins; Informationen über den Stadtteil

Der Betreute ist

1 überhaupt nicht auf fremde Hilfe angewiesen ( )

2 bei wenigen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen ( )

3 bei einigen/mehreren Dingen auf fremde Hilfe angewiesen ( )

4 bei ziemlich vielen Dingen auf fremde Hilfe angewiesen ( )

5 völlig auf fremde Hilfe angewiesen ( )

Kennziffer Frage

1o) Kompetenzliste

Bitte schreiben Sie hinter jede der folgenden Tätigkeiten eine Zahl von 1 bis 5, die angibt, wie schwer sie dem Betreuten fällt bzw. fallen würde. Die Skala dazu lautet:

Die Tätigkeit

1 fällt sehr leicht
2 fällt leicht
3 fällt weder besonders leicht noch besonders schwer
4 fällt schwer
5 fällt sehr schwer

Ihre Zahl:	Der/Die Betreute kann allein
.....	sich ankleiden
.....	das WC benutzen
.....	sich waschen
.....	duschen
.....	baden
.....	sich kämmen/rasieren
.....	sich das Haar waschen
.....	Nagelpflege durchführen
.....	Fußpflege durchführen
.....	kochen
.....	essen
.....	die nötige Medizin einnehmen
.....	abwaschen
.....	fegen
.....	staubsaugen
.....	Staub wischen
.....	Fenster putzen
.....	aufwischen
.....	Wäsche waschen (kleine Teile)
.....	sicher mit Geld umgehen
.....	schnell gewünschte Gegenstände finden
.....	sich sicher innerhalb der Wohnung bewegen
.....	sich sicher von der Wohnung auf die Straße begeben
.....	sich sicher im Straßenverkehr bewegen (zu Fuß)

..... öffentliche Verkehrsmittel benutzen

..... einkaufen

..... Besuche empfangen

..... Besuche machen

11) Der/die betreute gibt sich meinem Empfinden nach folgendermaßen:

bitte unter der entsprechenden Zahl ankreuzen. Pro Zeile bitte nur 1 X

1				5
ist ungeduldig				ist geduldig
ist freundlich				ist unfreundlich
ist höflich				ist unhöflich
hat anderen gegnüber Vorurteile				ist anderen gegenüber vorurteilsfrei
ist freundschaftlich, friedfertig				ist feindselig, aggressiv
ist tolerant				ist intolerant
erscheint schablonenhaft				gibt sich so, wie er/sie wirklich ist
vertraut dem anderen				mißtraut dem anderen
lehnt den anderen ab				akzeptiert den anderen, nimmt ihn an
dirigiert, lenkt den anderen				lässt den anderen selbst bestimmen
ist kühl				ist warmherzig
fühlt sich für eigene Probleme selbst verantwortlich				macht andere für eigene Probleme verantwortlich
wirkt in seinem Verhalten festgelegt, eingefahren				ist flexibel, aknn sich umstellen
gibt sich unfehlbar				zeigt Bereitschaft, sich in Frage zu stellen
ist tapfer				ist wehleidig
stellt sich als geliebt dar				stellt sich als ungeliebt dar
will nicht mehr Hilfe als unbedingt nötig				gibt sich hilfsbedürftiger, als er/sie vermutlich ist

noch: Der/die Betreute gibt sich meinem Empfinden nach folgendermaßen:

Er/sie

1 _____ 5

empfindet sich als wertlos	empfindet sich als wertvoll
ist lebenstüchtig	ist lebensuntüchtig
scheint sich selbst zu akzeptieren	scheint sich selbst abzulehnen
ist vom vergangenen Leben enttäuscht	ist mit dem vergangenen Leben zufrieden
ist mit dem gegenwärtigen Leben zufrieden	ist mit dem gegenwärtigen Leben unzufrieden
offenbart nichts von seinen/ihren eigentlichen Gefühlen; versucht, die Aufmerksamkeit von ihn/sie betreffenden persönlichen Fragen abzulenken	spricht freimütig über sich selbst; offenbart seine/ihre Gefühle ganz

LEBENSLAUF

Am 27. August 1933 wurde ich in Berlin als Tochter des Kaufmannes Johannes Rosin und seiner Ehefrau Magdalena, geb. Holz, geboren. Ich besuchte dort die Grundschule und nach Evakuierung, Kriegs- und Nachkriegswirren auch seit 1947 die Droste-Hülshoff-Oberschule, an der ich 1953 das Abitur bestand.

Nach dem Besuch einer Fremdsprachenschule in Hamburg heiratete ich 1957 den Juristen Günter Weise. Die Ehe wurde 196o geschieden. Anschließend war ich weiterhin in meinem Beruf als Chefsekretärin tätig.

Im Sommersemester 1972 begann ich das Studium der Psychologie an der Universität Hamburg, das ich am 27. Oktober 1976 mit der Diplom-Hauptprüfung abschloß.

Seit 1977 arbeite ich freiberuflich als Betriebspsychologin und Klinische Psychologin (seit 198o) in einem Hamburger Industrieunternehmen sowie in der offenen Altenhilfe.